К.П.У.

ПРОЛЕТАРІ ВСІХ КРАЇН, ЄДНАЙТЕСЯ!

БЮЛЕТЕНЬ

НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

РІК ВИДАННЯ 3-й

Редакція: Наркомздоров'я УСРР, Харків, Буд. Держпромисловости 6-й під'їзд, 4 поверх

№ 1-2	СІЧЕНЬ 1932 року	№ 1-2

33928

ОГЛАВ

I. Листи Наркомздоров'я до медробітників України

а) За бойові ударні темпи на санітарному фронті.
б) Наша дальша робота в галузі охорони материнства й дитинства

II. Офіційна частина

1. За більшовицькі темпи в справі підготови до весняної с.-г. кампанії. 2. Інструкція, як практично підготовити та обслужити медсандомопогою весняну с.-г. кампанію 1932 року. 3. Про масову підготову кадрів для цієї кампанії (додано програму короткотермінових курсів). 4. Про курси ясельних робітників (додано програму). 5. Про організацію активу жінок — колгоспниць навколо ясельної кампанії 1932 р. Організаційна частина. 6. До складання оперативно-виробничих плянів (для установ ОЗДП). 7. Соцдоговір на змагання між НКОЗ РСФРР та НКОЗ УСРР. 8. Про популяризацію та здійснення постанов 3 сесії ВУЦВК (додано витяг із постанов). Кадри. 9. Про курси підготови лікарів та підвищення їхньої кваліфікації (додано пляни курсів та зразок анкети). 10. Про порядок відрядження лікарів та підвищення кваліфікації. 11. Про склад конкурсних комісій. 12. Про пільги для дітей медперсоналу. 13. Про уважне ставлення до медичних фахівців. 14. Про відрядження лікарів для роботи на курортах УСРР. Оздоровлення побуту. Боротьба з епідеміями. 15. Про роботу в справі віспощеплення. 15-а. Інструкція, як провадити дезінфекцію дворів. 16. Про мобілізацію коштів на боротьбу з епідеміями. 17. Про прикріплення лікарів до їдалень та гуртожитків. Лікувально-профілактична частина. 18. Резолюція наради головлікарів найбільших лікарень. 19. Про точний облік душевно-хорих та психо-невротиків хлопців від 17 років. 20. Про меддопомогу особам, що є у відрядженнях. 21. Про неприпустимість ліквідації медсанзакладів підчас переходу на систему єдиного диспансера. 22. Умова на медсанобслуговування членів промкооперації. Охматдит. 23. Правило приймання дітей до культнобутових установ НКОЗ. 24. Положення до організації мережі оздоровних установ для дітей з психо-нервовими порушеннями. 25. Про організацію гарячих сніданків по школах. 26. Про обслідування закритих дитбудинків та про дальшу роботу в справі патронажу. 27. Поновити викладання лікарями гігієни по трудшколах. 28. Про сприяння від профорганізацій в справі розгортання ясел (лист ВУРПС).

III. Із діяльности Наркомздоров'я та його секторів

1. У Надзвичайній Комісії в справах боротьби з епідеміями (із роботи Всеукр. Дезбюра про епідстан Константинівського району). 2. Підсумки огляду роботи інститутів НКОЗ. 3. Про діяльність Всеукр. Ін-ту бактеріології, епідеміології та серотерапії. 4. Заходи НКОЗ в справі поліпшення матер. побутових умов медробітників. 5. Про розвиток одеських курортів. 6. Про роботу мед. педологічного ін-ту. 7. Про заборону внутри-уразових маніпуляцій, скерованих на попередження або переривання вагітности. 8. Про госпрозрахунок у виробчастинах санбакінститутів. 9. Перші кроки роботи експедиції 15 ін-тів НКОЗ. 10. Про санорганізацію на курортах УСРР. 11. Про конкурс на програму для мединститутів.

IV. Об'яви та повідомлення

Конкурси

I. Листи Наркомздоров'я до медробітників України

За бойові ударні темпи на санітарному фронті.

(*Лист до медробітників України*)

З початку зими боротьба за санітарію та та протиепідемічна робота набула в діяльності органів охорони здоров'я винятково важливої ваги.

Найвідповідальніше завдання стоїть перед усією радянською охороною здоров'я, перед усім медико-санітарним персоналом, перед усіма відомствами, господарчими та громадськими організаціями. Це завдання — не допустити хоч за яку ціну епідемічних захорувань, особливо ж вибухів висипного тифу та інших інфекційних захорувань.

Ми маємо цілком вірні та випробовані засоби боротьби з інфекціями, так само й з висипним тифом і з віспою. Медико-санітарна організація на Україні досить міцна і може впоратися із цим завданням. Звичайно, така велика державно-відповідальна справа, як боротьба за санітарію не може покладатися на плечі лише органів охорони здоров'я. Наше законодавство, директиви партії та постанови уряду вимагають і ґарантують нам у боротьбі з епідеміями цілковиту та безперечну підтримку від усіх місцевих органів влади, госпорганів та від громадських організацій. А в тім обслідування окремих вибухів інфекційних захорувань у ряді районів довело, що в справі охорони здоров'я на місцях є низка дефектів, є чимало помилок у роботі медико-санітарного персоналу.

Основне лихо — це невиконання на місцях санітарного та протиепідемічного законодавства. Надзвичайно гарний закон „про обов'язкове віспощеплення" — один із перших актів радянського уряду на Україні (лютий 1920 р.) — подекуди забули або виконують надто формально. Запровадження цього закону, чимало райвиків та міськрад не спромоглися забезпечити потрібним штатом, асигнуваннями, транспортовими засобами, прозодягом для віспощепів. Інспектури охорони здоров'я недооцінюють того, що найперший, найважливіший профілактичний захід і в місті, і в районі править віспощеплення. Медичний персонал у багатьох місцях гадає, що віспа — це діло санітарної організації, що прищепки — це справа віспощепів. Лікарі не контролювали ефективности віспощеплень, перепускали, не дізнавалися своєчасно про перші випадки віспи; шпиталізуючи хворих на віспу, не вживали по лікарнях потрібних заходів і режиму, в наслідок чого спостережено в деяких лікарнях, хоч і мало, але все ж таки декілька випадків середлікарняних заражень.

У справі боротьби за санітарію ми маємо таку саму картину. Надзвичайно гарний закон з 20 березня 1929 р. про участь госпорганів у справі боротьби з епідеміями, що зобов'язує підприємства скрізь мати санітарно-ізоляційні пункти, провадячи на них санітарну обробку усіх знов прибулих робітників, у багатьох випадках не виконується гос-подарниками, а місцеві органи охорони здоров'я не спромоглися виявити потрібну настійність.

І знову таки низка господарників та здоровінспектур не зрозуміли або недооцінили ваги цих заходів, що є найважливіші профілактичні засоби, які ґарантують робітників, наші заводи, копальні тощо від інфекційних захорувань. Не зрозуміли вони також, що тут саме є радянська охорона здоров'я та справжня профілактика. **Характерно та повчально відзначити, що на всіх нових будівництвах, хоча до них щоденно прибувають нові й нові робітничі кадри, зовсім немає висипного тифу.** І зрозуміло воно, бо там, як правило, є санітарно-ізоляційні пункти, там спостерігається менше консервативности в господарників, там відразу по новому будують охорону здоров'я на профілактичних засадах та ударно, там відповідально провадять роботу, там налагоджено санітарну обробку робітників, — отже, зрозуміло, що там немає й не повинно бути висипного тифу. Водночас в деяких промислових районах, що мають кваліфіковані лікарські кадри, поліклініки, диспансери тощо, боротьбу за санітарну лінію, за організацію протиепідемічних заходів провадять геть недосить. Небезпечно стоїть справа на лазнево-пральному фронті. Ще й досі відділи та секції комунального господарства не розгорнули потрібної роботи, недозволено повільно перебігає та закінчується лазнево-пральне будівництво; лазень та пралень не забезпечено всіма потрібними речами; на місцях ще не перемкнулися на бойові ударні, оперативні темпи; немає рішучого натискування цією лінією і від органів охорони здоров'я.

Щодо дезінфекційної та дезінсекційної справи, то тут маємо чимале зрушення. Наркомздоров'я виготовив, виготовляє та надає місцям велику кількість камер. Проте, на місцях у цій галузі не виявляють потрібної ініціятиви, активности та самодіяльности: кепсько ведуть та експлоатують дезінфекційне господарство; самі здороввідділи не розгорнули масового будівництва дезінсекторів, хлорпікрінових камер, не утворили на місцях дезінфекторських кадрів.

У боротьбі за санітарний мінімум надзвичайну вагу має тепер санітарний стан житлів: робітничих гуртожитків, бараків, житлокоопів. Таку саму вагу має боротьба в них із паразитами, із вошивістю, боротьба за чистоту, за миття, за прання. Подекуди в цій справі роблять чимало: забезпечили бараки білизною, чистять, дезінсекують приміщення та одяг; до багатьох приміщень робітників прикріплено лікарів, робітники мають змогу регулярно митися в лазні. У ряді пунктів, проте, не поставили цієї найважливішої санітарно-профілактичної роботи на належний ступінь. За найбільший недолік багатьох здоровінспектур у справі боротьби з епідеміями править невміння організувати цю боротьбу та неправильне запровадження протиепідемічної роботи: тут усю боротьбу провадить одна лише, звичайно малочисленна, санітарна організація; поліклініки та амбулаторії, медпункти тощо лишаються осторонь, не мобілізували на епідемічному фронті всіх сил медичного персоналу, на місцях не перемкнулися на боротьбу за санітарний мінімум лікувально-профілактичні та охматдитські кадри робітників. І тут, як правило, саме спостерігаються прориви — вибухи епідемічних захорувань та дитяча безпорадність керівників охорони здоров'я. Отже, стає ясним та безперечним, що на теперішній час треба всі сили кинути на фронт боротьби за санітарію. Санітарній організації треба стати керівником боротьби з епідеміями. Районні та міжрайонні санітарні станції повинни стати штабами цієї боротьби, єдиний диспансер та поліклініка повинні на ділі довести, що вони можуть та вміють розв'язувати найважливіші завдання профілактики та боротьби за санітарію.

Конкретно перед органами охорони здоров'я стоять на цей день такі завдання:

1. Негайно скрізь розпочати масові віспощеплення, провадячи його за певним пляном, старанно ураховуючи та пильно контролюючи наслідки прищеплень не менше, як у 25% прищеплених. Цю роботу повинні провадити всі лікарі та середній медперсонал.

2. Притягти до віспощеплення в районах ввесь, а в містах переважну частину медичного персоналу.

3. У разі виявлення окремих або тільки поодиноких випадків віспʼяних та підозрілих на віспу захорувань терміново вживати найрішучіших заходів, щоб завчасно розпізнавати, виловлювати всіх хворих, пильно їх шпиталізувати та водночас масовим порядком і старанно оброблювати вогнища захорувань.

4. Скрізь у робітничих районах поставити за найголовніше своє завдання правильно та регулярно провадити санітарну обробку робітників: і тих, що знов прибувають, і постійних робітників.

5. Домогтися якнайбільшого розгортання та безперебійного функціонування санітарно-ізоляційних пунктів, лазень, пралень, перукарень.

6. Виняткову увагу віддавати справі організації та роботі дезустановок.

7. Поставити в центрі уваги санітарне обслуговування робітничих бараків, робітничих і студентських гуртожитків.

8. Домогтися, щоб із міст і робітничих селищ було видалено безпритульних та бездомних.

9. Організувати старанну санітарну обробку та постійний лікарський нагляд у місцях, де спостережено хоча б поодинокі випадки захорувань.

10. Перемкнути роботу всієї здоровоохорончої мережі на боротьбу за санітарію.

11. Вимагати та домагатися рішучого сприяння та допомоги в цій боротьбі від місцевих органів влади, господарчих і громадських організацій.

12. Мобілізувати навколо боротьби за санітарію, навколо санітарно-побутових питань громадську думку та активну самодіяльність робітників і колгоспних мас.

Саме тепер, коли вся система охорони здоров'я повинна перемкнутися на допомогу промфінпляні, обернутися лицем до виробництва, саме тепер, яку б то не було безвідповідальну недбайливість у справі боротьби за санітарію, усяку зневісібку в цій справі, усяке посилання на труднощі та об'єктивні умови, які б то не було спроби перекласти причини вибухів захорувань на занесені інфекції з інших місць, — оце все треба розглядати, і так воно й розглядатиметься, як типічний правий опортунізм, це вважатиметься за зрив санітарного штурму.

Наша дальша робота в галузі охорони материнства й дитинства

(До всіх медробітників України)

1931 рік дав рекордну цифру розгортання ясел, в колективному секторі села (1928 р. — 856 сільських ясел; 1929 р. — 2022, 1930 р. — 6762, 1931 р. — 17500).

Тільки країна будованого соціялізму, країна, що безперервно зростає, — може дати такі темпи збільшення кількости ясельних установ.

Проте, ясельна нережа 1931 р. мала ще в своїй роботі чималі недоліки, як-от:

1) Дуже незначну частину сезонних ясел при колгоспах закріплено на зимовий час, яко постійні ясла. А в тім, такі ясла по колгоспах правлять за одну із форм усуспільнення, кооперування, колективізації індивідуально-селянського побуту, за один із елементів нового побуту й нової праці в колгоспах-осередках.

2) Медичне обслуговування було недостатнє: по-перше, щодо кількосного розуміння через дефіцит лікарських кадрів на селі, а, по-друге, було негаразд і в якісному розумінні, бо лікарська організація району частенько формально й неуважно ставилася до обслуговування ясел та дітей, що в них.

3) Персонал у сільських яслах малокваліфікований, до того ж на місцях не спромоглися ще щороку закріплювати за яслами кадри колгоспниць, що вчилися на курсах минулих років.

4) Якість роботи в яслах не була на належній височині, зокрема в розумінні обладнання ясел та організації харчування дітей в самих яслах і поза ними.

5) Навколо ясел, як одного з культурних осередків на селі, осередків нового побуту в колгоспі, одного з таких елементів, що дають змогу тягти масу селянок-колгоспниць до правильно організованої праці та побуту, піднести на відповідний щабель продукційність праці, створити гігієнічні умови їхньої праці, борючись із прогулами серед колгоспниць, що бувають з причин захворувань дітей і самих жінок, — навкруги ясел у колгоспі, радгоспі, комуні не провели достатньою мірою культурної пропаганди, не спромоглися утворити стійкого санітарного активу із складу колгоспників.

6) Сільські ясла ще й досі недосить розгорнули свою роботу в боротьбі з дитячою захоруваністю та смертністю. Ще й досі сільські ясла в колективному секторі села охоплюють замалу кількість немовлят. Тимчасом ясла за нечуваного зростання в колективному секторі, на теперішньому етапі повинні бути основною ланкою охорони здоров'я в боротьбі з дитячою смертністю та захоруваністю, в боротьбі з дитячими інфекціями. Тут село ще набагато відстає від міста щодо досягнень у справі зниження смертности дітей, особливо до одного року. Треба на даному етапі, коли ми підходимо в нашій країні щільно до розв'язування питання ліквідації розриву між містом і селом, дотягти село протягом найближчих років до тих досягнень, що має місто в боротьбі за здорову зміну. Сільська консультація на даному етапі, коли в кожному районі розгортаються сотні ясел, повинна бути за організатора всієї ясельної справи в районі, або в групі сіл району, медичного обслуговування ясел, підготови кадрів для них, розподіляючи правильно кадри між яслами. Сільська консультація має давати поради, як правильно ставити роботу в яслах, що є в цілому районі, а поряд цього безпосередньо обслуговувати певну невеличку групу ясел за пляном, затвердженим від райздоровінспектури.

Виходячи із основних дефектів, що спостережено в роботі сільських ясел 1931 року, треба ясельну кампанію 1932 року розгортати на основі такого вихідного пункту: **„ясла — на службу виконанню господарчих плянів колективного сектора села; домагатись здійснення 6 настановлень т. Сталіна в усій роботі щодо організації та життя ясел"**.

Треба насамперед негайно по всіх районах розпочати підготову персонала для сільських ясел, щоб кількість персоналу не була меншою, ніж кількість запланованих ясел. Підготову треба, переважно, вести в галузі точного ознайомлення слухачок із чіткими обов'язками всіх робітників ясел (окремо щодо завідательки, сестри-вихователькі, няні, вбиральниці, куховарки, праців тощо), як розподіляються функції між ясельними робітницями, які мають ясла завдання на даному етапі, в чому полягає роля лікаря, що наглядає за сільськими яслами, як ставити фінансову звітність, інвентаризацію продуктової та медико-виховної частини. Треба знайомити слухачок із питаннями ліквідації знеособки та зрівнялівки в справі обслуговування дітей в яслах та поза ними,

Треба негайно розпочати підготову до розгортання ясел ще до початку весняної засівної кампанії, підготовити приміщення, провести ремонт, пристосувавши приміщення для ясел, ретельно переглянути та полагодити ввесь наявний твердий і м'який інвентар; поряд цього звичайно на першому пляні стоїть підготова додатково потрібного інвентаря, заготівля основних продуктів харчування, іграшок, приладь. Тут же треба особливо старанно подбати про те, щоб чітким і пляновим порядком прикріпити всіх лікарів району до певних ясел, так само чітко фіксуючи обов'язки кожного лікаря.

Далі дуже актуально стоїть справа обов'язкового запровадження поголовної вакцинації або ревакцинування проти віспи всіх дітей до 5 років, що мають вступити в ясла. Усім дітям треба зробити активну імунізацію проти обкладу.

Плян боротьби з дитячими інфекціями в усіх яслах, плян боротьби із шлунково-кишковими захворуваннями серед дітей, особливо дітей до 1 року, треба накреслити вже тепер, обміркувавши для цього всі можливості; треба організувати пункт грудного жіночого молока при яслах. Медичний огляд всіх дітей, що їх передбачається залучити в ясла, надто потрібний завчасно до прийому дітей. Цього року треба обов'язково охопити всіх немовлят від 1 місяця яслами в колгоспах Цим самим ми створимо умови для безперебійної роботи матері-колгоспниці та водночас сприятливі умови боротьби за здорову дитину.

Буде безперечно доцільно й цілком реально майже скрізь передбачити одну кімнату — ізолятор для дітей з нез'ясованою діягнозою (для підозрілих на грип, кишкові інтоксикації, диспепсію, коросту). Відповідно до цього треба провести семінар-лекції на курсах колгоспниць, вивчаючи з ними справу ізоляції та догляду таких дітей. Ізолятори треба утворити там, де є хоча б один підготовлений для цієї роботи робітник і де буде змога ізолювати одне захорування від другого.

Треба намітити плян санітарно-культурної пропаганди в колгоспі, чітко розподілити виконання пляну між лікарями, що в районі та робітника ясел. Бажано ще до початку весняної с.-г. кампанії провести з виділеними для цього колгоспними бригадами відповідний семінар, висвітлюючи ролю ясел, що є за культурно-санітарний оздоровний осередок у колгоспі, а також, що править за осередок утворення активу навколо ясельного будівництва. Утвореному активу доручається наглядати за своєчасним відкриттям ясел, за організацію постачання тощо. Наркомздоров'я особливо натискує тепер на справу запровадження конкретного патронажу певних груп матерей і дітей по колгоспах. Ця робота повинна набути цього року цілком конкретного та реального здійснення. Досвід минулого року, коли не скрізь і неповнотою було використано підготовлениц ясельний контингент робітників, настійно вимагає, щоб цього року було закріплено всіх колгоспниць, що скінчили курси за яслами зважаючи цей актив охорони материнства й дитинства за основний в масовому будівництві та діяльності ясел, використовуючи водночас кращих активісток для рекомендування їх в технікуми охматдиту.

Цього року треба взяти рішучіший курс на те, щоб сезонні ясла перетворивши їх на постійні, забезпечуючи правильну постанову роботи в них: колгоспи самі цікавитимуться залишити свої ясла, яко постійні установи, і що кращою буде робота в них, то більше охоти буде в колгоспників зберігти свої ясла, перетворивши їх на постійні.

Лікар консультації та патронажні сестри повинні скерувати всю свою увагу на організацію цілого комплексу елементів розгортання і життя ясельної мережі в районі. Проте, лікар і сестра консультації мають також і власні конкретні завдання щодо обслуговування та налагоджування роботи певної ясельної групи. Форму й зміст роботи консультації на час розгортання та функціонування сезонних ясел на селі треба змінити ось як: консультація на цей час перетворюється на пересувну, відвідуючи, згідно з наперед виробленим пляном, певну групу ясел, насамперед, ті ясла, де існуватимуть відділки для немовлят та ізолятори для хворих дітей. Ось саме тут консультація допоможе налагодити цю найважливішу й складну частину роботи в умовах села, де, здебільшого, бракує кваліфікованих лікарів-педіятрів.

У тих районах, що мають одну або кілька консультацій у районному (міському) центрі, де є постійні ясла, обслуговувані лікарем (це звичайно колишні окр. центри, міста із приміською сільською смугою), треба обов'язково встановити шефство міської установи над одними або двома сільськими яслами. На шефів треба покласти відповідальність за медичний, санітарний та педагогічний стан підшефних ясел; установи — шефи повинні мати конкретний плян обслуговування та допомоги яслам, систематичних відвідувань ясел. До цієї найважливішої роботи міських установ повинні прилучитися всі ясельні робітники — лікар, сестра, вихователька,

активна технічка тощо. Міські установи мусять допомагати у справі медичного відбору дітей в ясла, у запровадженні вакцинації та активної імунізації дітей, в організації ясел; шефи допомагають правильно розташувати робітничу силу в яслах; шефи допомагають підвищувати кваліфікацію персонала, розгортати боротьбу із шлунково кишковими захворуваннями, утворювати актив колгоспниць та колгоспників навкруги ясел, пропагувати всю роботу охорони материнства й дитинства па селі, в колективному його секторі.

Щоб забезпечити якнайшвидшу допомогу дітям, хворим на інфекційні хвороби, на шлунково-кишкові інтоксикації, на тяжку пнеймонію, треба в сільських лікарнях виділити можливу кількість ліжок для таких хворих дітей. Цим дійдемо мети своєчасно ізолювати таких дітей од здорових, правильно їх лікувати й тим самим боротися з дитячою смертністю від цих захорувань і водночас із прогулами матерей колгоспниць.

Ось вони—основні найважливіші моменти в роботі інспектур охорони здоров'я щодо організації та розгортання ясельної мережі на с.-г. виробничу кампанію 1932 р., на 4 рік п'ятилітки, коли країна закінчує свою першу п'ятирічку соціялістичного будівництва.

Країна рад виконує п'ятирічку в 4 роки, закінчує будівництво фундаменту соціялістичної економіки, перетворює працю та побут на соціялістичних засадах, і тепер організація охорони здоров'я на місцях з велетенським напруженням та ентузіязмом будують справу здоровоохорони, ставлячи її на службу виконанню величезних плянів всієї нашої економіки. Отже й на долю ясельної роботи випадає велика робота сприяти успіхові сільсько-господарських виробничих кампаній, що в розгортання нашого господарства відограють величезну ролю.

Наркомздоров'я закликає всю масу медсанробітників докласти всіх зусиль до забезпечення цілковитого успіху розгортання великої ясельної мережі та налагодження роботи в них.

За максимальну увагу інспектур охорони здоров'я питанням ясельної мережі.

За зосередження уваги колгоспного активу до ясельної роботи!

За 30500 сільських ясел на Україні!

II. Офіційна частина

1. Ударними більшовицькими темпами, дбаючи за якість, чітко підготуймося до весняної сівби 1932 року!

До всіх райздоровінспектур і міськздоровінспектур. До всіх будинків санкультури. Копії — до НКОЗ АМСРР, до райкомів спілки Медсактруд та УЧХ.

Щоб забезпечити успішне медсанобслуговування соцсектору села на час 3-ої більшовицької сівби, НКОЗ, ВУК сп. медсантруд та ЦК УЧХ накреслили такі заходи:

1) Щоб наблизити меддопомогу до соцсектора села — встановити за правило, щоб на час сівби при кожній сільраді, по великих комунах та радгоспах і МТС було утворено сезонові пункти першої допомоги на чолі з особою середнього медперсоналу — там, де немає будь-яких медустанов.

2) Зобов'язати РСІ та МЗІ виділити до згаданих сезонових медпунктів середній медперсонал із райцентрів та з тих дільниць, де це можливо.

3) Медтехнікумам виділити для призначення до сезонових медпунктів своїх студентів; з місць пересунути для цієї самої мети до районів потрібну кількість осіб середнього медперсоналу.

4) Лінією УЧХ — призначити для цих пунктів сестер запасу, що скінчили повний курс.

5) Пересунути з міст на допомогу весняній сівби лікарів до районів.

Примітка: плян пересунення медкадрів в міст, порядок їхньої оплати, тощо—надіслати додатково.

6) Запропонувати ВАУ звготовити через міжрайонові філії 90.000 шт. аптечок першої допомоги в розрахунку, аби кожна бригада мала таку аптечку не пізніше, як 15 лютого—1932 р. Забезпечити по всіх філіях ВАУ резервний фонд для поповнення згаданих аптечок. Склад аптечки змінити коштом збільшення кількости перев'язувальних засобів, встановивши одноманітну калькуляцію.

7) Санбакінститутам забезпечити райони належними вакцинами та сироватками на час підготовки та обслуговування весняної сівби.

8) Розгорнути місячні курси першої допомоги на 90.000 осіб колгоспників та робітників радгоспів, а також місячні курси для сануповноважених по колгоспах та радгоспах — на 30.000 осіб. Кожна бригада повинна мати у своєму складі одну особу, що скінчила курси першої допомоги. Кожний колгосп, радгосп, МТС повинні мати одного сануповноваженого.

9) Розгорнути протягом засівкампанії та збиральної кампанії врожаю 1932 року до 30000 ясел, згідно з лімітами в районовому розрізі, що їх надсилається.

10) Організувати при кожній дитконсультації, лікарні, амбуляторії — півторамісячні курси для вихователькок з колгоспниць, з розрахунку — 1 вихователька на ясла.

11. Видати та надіслати до районів короткі пам'ятки — листівки та плякати, присв'ячені весняній сівби кількістю 1.955.000 шт., забезпечивши нацрайони належними матеріялами мовами нацменшостей.

12. Видати та надіслати місцям спеціяльні нумери журналів „Шлях до здоров'я" „За здорове харчування" та „Червоний Хрест", що їх буде присв'ячено весняній сівби.

13. Організувати не менше, як 5 радіо-пересилань з питань здоровоохорони на час весняної сівби.

14. Переключити будинки санкультури, саносвіттеатри на медобслуговування засівкампанії; влаштували пересувні сан. освітні виставки по соцсектору села.

15. Включити науково-дослідні інститути та їхні опорні пункти на периферії до обслуговування сівби.

16. Разом із цією директивою довести до кожного району конкретні ліміти в основних видів медсанобслуговування на час сівби.

17. Лінією ВУК'у медсантруд надіслати в міст бригади медробітників для перевірки того, як підготовилися райони до обслуговування сівби та допомоги в налагодженні цієї справи.

18. По районах організувати рейди та пости редакції „Укрмедробітник" та „Червоний Хрест" для стимулювання та активізаціїроботи щодо підготовці та обслуговуванню 3 більшовицької сівби на соціялістичних засадах.

Інструкція щодо практичних заходів о підготовки та запровадження медсанобслуговування на час весняної сівби 1932 р. до цього додається.

Заст. Наркомздоров'я Кустелян

ВУК Медсантруда Мілер

ЦК УЧХ Лініченко

(Спільн. лист НКОЗ, ВУК, МТС та ЦК УЧХ з 10 січня 1931 р.).

2. ІНСТРУКЦІЯ,

як практично підготовитися та обслужити медсандопомогою весняну сільсько-господарчу кампанію 1932 року

Усі РЗІ, МЗІ, БСК, райкоми спілки медсантруд і райкоми УЧХ повинні взяти до безперечного виконання таке:

А. Лінією оргмасової роботи:

1. Зараз же після одержання поданої тут директиви — у райцентрі утворюється трійка підготовки та обслуговування засівної кампанії 1932 р. в складі: райЗІ або МЗІ, представника райкома УЧХ та райкома спілки медсантруд — під головуванням РЗІ або МЗІ.

2. Трійка в своїй роботі встановлює зв'язок з районовими та сільськими засівтрійками при РВК та сільрадах, а також з райколгоспспілками та робіткомами с.-г. робітників, з редакцією районової газети та редколегіями стінгазет, що по медсанустановах району.

3. Трійка негайно складає плян своїх робіт та скликає терміново нараду завмедільниць і профуповноважених, що в них; на нараді обговорюється календарний плян підготовки та обслуговування засівкампанії, з зазначенням відповідальних виконавців — на підставі лімітів НКОЗ в розрізі кожного району та зустрічних плянів.

4. Трійка ставить цей плян на засідання президії РВК для затвердження та доводить цей плян до кожного медсанробітника, до кожного колгоспу, радгоспу та МТС.

5. Трійка організує суворий систематичний контроль, як запроваджує кожна медсанустанова її календарний плян робіт. Перед самим початком засівкампанії провадиться обов'язково генеральний огляд стану підготовки медсанобслуговування соцсектора села так по меддільницях, як і по колгоспах, радгоспах і МТС безпосередньо.

6. Трійка використовує всі районові та міжрайонові виробничі наради, зльоти, агротехнічні конференції, пленуми сільрад тощо, — де висвітлює роботу щодо медсанобслуговування соцсектора села на час весняної сівби.

7. Трійка повинна налагодити систематичне висвітлення в часописах та стінгазетах перебігу підготовки та самого медсанобслуговування на час сівби.

8. Міська трійка заздалегідь подає плян підготовки та обслуговування сівби до кожної медсанустанови міста.

9. Трійка розгортає всю роботу, застосовуючи соц. форми й методи (соцзмагання, ударництво, буксирні бригади тощо) і між окремими дільницями, і між районами.

10. Трійка налагоджує певний облік роботи в районі щодо медсанобслуговування соцсектора села на час весняної сівби та подання на призначений термін належних відомостей до НКОЗ, ВУК медсантруд та ЦК УЧХ — кожному своєю лінією.

11. На трійку покладається сувора відповідальність за пляновість роботи, налагодження контролю виконання, щоб своєчасно усувати всі перешкоди на шляху підготовки та обслуговування сівби та впертої боротьби за якість.

Б. Лінією надання меддопомоги

1. Улаштувати пункти першої допомоги на чолі з особою середнього медперсоналу при кожній сільраді, що є на віддалі понад 3 кілометри від меддільниці, в кожному великому радгоспі та МТС, використавши всі можливості пересунути цей медперсонал з райцентру та з тих дільниць, де це можливо, до згаданих пунктів.

Пункт першої допомоги забезпечити заздалегідь приміщенням та обладнанням, а також медінструментарієм, який треба взяти з райлікустанов та міських лікустанов на час перебігу сільгосподарчих робіт.

2. Пристосувати години роботи медустанов району до умов та потреб засівкампанії, урахувавши потребу організації надання меддопомоги протягом декількох змін на добу, де така робота провадитиметься.

3. Тарифні відпустки медперсоналові на час запровадження засівів заборонити.

4. Звернути особливу увагу на організацію надання меддопомоги в місцях роботи складних с.-г. машин.

5. Обслуговуючи меддопомогою соцсектор села, не забувати й про потребу медобслуговування одноосібників з бідняцько-середняцьких шарів населення.

6. Подбати про своєчасне забезпечення колгоспів, радгоспів, МТС аптечками першої допомоги й захисними окулярами, для чого зв'язатися з райколгоспспілками, оскільки останнім запропоновано Укрколгоспцентром скласти із філіями ВАУ місцеві умови на постачання ними аптечок захисних окулярів.

РЗІ та МЗІ належить вжити заходів до того, щоби на місцях по колгоспах та радгоспах було виготовлено для аптечок торбинки певного зразку з власних матеріялів або влаштовано належну скриньку.

7. Встановити систематичний обов'язковий контроль стану забезпечення бригад аптечками (склад аптечки до цього додається), поповнювання запасів у них, призначивши для цього контролю певних осіб.

8. Розгорнути курси першої допомоги та кур и討 санувповноважених, а також ясельних виховательок, згідно із спільною директивою НКОЗ та відповідних центрів (ч. 31833-652 від 31 грудня 1931 р.).

9. Зробивши головний наголос на організацію меддопомоги безпосередньо в степу, треба відбити в плані робіт утворення пересувних медсанустанов і в тому числі пересувних зубкабінетів.

В. Лінією санітарно-епідемічною

1. Перевірити організацію протипошесних заходів від адміністрації радгоспів та МТС.

2. Вжити своєчасних заходів до запровадження широкої шпиталізації гостро-заразних хорих.

3. З початку весни провести генеральний санітарний огляд всіх гуртожитків, їдалень, харчових склепів, джерел водопостачання, місць загального користування, всієї території залюднених пунктів, вживаючи рішучих заходів, особливу увагу звернувши на усунення виявлених дефектів, на боротьбу з паразитарністю, утворивши примітивні дезінсектори (вошебійки).

4. Такі сандогляди, за участю всіх медробітників, провадити систематично (скласти календарний плян), взяти на суворий облік усі підозрілі захорування на висипний і черевний тиф, дизентерію, — переводячи обов'язкову шпиталізацію таких хворих та дезінфекцію разом з дезінсекцією у виявлених вогнищах.

5. Активізувати питання про те, щоб забезпечити сезонних робітників по радгоспах та МТС гуртожитком, зліквідувавши знеосібку по всіх гуртожитках району щодо догляду санстану останніх.

6. Провести вакцинацію та ревакцинацію всіх абсолютно дітей та ревакцинацію дорослих проти віспи.

7. Охопити дітей ясельного віку активною імунізацією проти дифтерії.

8. Провести пероосну (крізь уста) вакцинацію проти дизентерії в місцях вогнищ.

9. Забезпечити заздалегідь район наміченою кількістю вакцин.

10. Прикріпити обов'язково медлікарів до кожних ясел для санітарного догляду, запровадження санобробки дітей підчас прийому їх до ясел, щоб запобігти розвиткові пошесних хороб серед дітей по яслах.

11. Провести в малярійних вогнищах лікувально-профілактичну хінізацію хорих на малярію.

12. У всіх випадках с.-госп. травматизму широко вживати протистовбнячної (правцевої) сироватки.

13. Звернути увагу всього медперсоналу на потребу пильно наглядати за якістю харчпродуктів та умовами зберігання їх, за боротьбою з мухами по їдальнях та місцях схоронення продуктів, за якістю води для пиття та стану її транспортування до таборів, утворюючи, за можливістю, для питання води на полі кип'ятильники.

14. Забезпечити медільниці, колгоспи, радгоспи, МТС — хлорною вапною.

15. Терміново перевірити, як стоїть справа підготовки до організації масового громадського харчування так на полі, як і по колгоспах, радгоспах, МТС (наявність реманенту, посуду, стан його та інш.), всіляко активізуючи цю справу та притягуючи до неї всю лікарську суспільність.

16. Забезпечити контролювання того, як провадиться в життя санмінімум в таборі та санмінімум громадського харчування.

17. Звернути увагу на те, щоб, вибираючи місця для розташування таборів у степу, було уникнуто безпосередньої близькости забагнених та взагалі загрозливих з малярії місць, вживаючи заходів до нафтування забагнених місць та інших протималярійних заходів.

18. Вжити заходів, щоб налагоджено було функціонування всіх лазень і пралень у районі, забезпечити район лазнево-пральними установками, душами, голярами тощо.

Г. Лінією охматдиту та оздоровдиту

1. Охопити на час сівби яслами-садками всі комуни, колгоспи, радгоспи, МТС—за пляном кожного району.

2. Заздалегідь забезпечити ясла кадрами з підготовлених колгоспниць, здатним помешканням, обладнанням, продуктами й т. інш.

3. Рішуче повести боротьбу за якість роботи ясел, зокрема щодо запровадження в них установленого санмінімума, обов'язкового меддогляду дітей підчас вступу до ясел і, на час перебування в них, правильного годування дітей.

4. Забезпечити консультаційну допомогу в справі належного розташування ясел-садків.

5. Утворити акушерські пункти для обслуговування вагітних колгоспниць та робітниць радгоспів — МТС.

6. Навколо справи організації дитячих установ по соцсектору села розгорнути найширшу роботу серед сільського активу, зокрема серед жіноцтва колгоспів та радгоспів, притягуючи для розв'язання цих питань правління колгоспів, адміністрацію та робіткоми радгоспів МТС, культ. побутові секції РВК та сільрад, здоровосередки що по соцсектору села.

Д. Лінією санкультури та громадської самодіяльности

1. Відновити та утворити нові кутки здоров'я по гуртожитках, клюбах, будинках колективістів, хатах-читальнях; утворивши одночасно пересувні кутки для користування в степу.

2. Організувати виїзди гігієнічних консультацій (де такі є) до районів з питань гігієни праці, відпочинку, побуту, гігієни ударників, санмінімуму тощо.

Треба якнайширше використати театр, кіно, радіо, погодивши завчасно це питання з місцевими теаколективами, радіопересувками та трансляційними вузлами, прилучившися до їхньої планової роботи та організувавши масові слухання радіопересилань центральних та місцевих радіостанцій.

3. Для санкультроботи використати всіх лікарів району, організувавши завчасну інструктивну роботу щодо методики й тематики, постачивши їм тези розмов, масовою літературою для роздачі на місцях та наочними приладдями для санкультроботи, що їх надсилатиме НКОЗ.

4. Стосовно до місцевих умов та можливостей організувати фізкультурні майданчики, завести фізкультсправи до режиму праці та відпочинку, зв'язавшися в цій справі з райрадою фізкультури та прилучившися до її пляну робіт.

5. Максимально використати час сівби для закладання нових осередків охорони здоров'я (філії „т-ва оздоровлення праці та побуту").

6. Обов'язково прилучитися до культестафет, конференцій, зльотів, пов'язавши з ними свою роботу та обслуживши їх санкультроботою.

РЗІ та МЗІ регулярно без затримок та нагадувань надсилають до НКОЗ звіти про стан медсанобслуговування соцсектора села на час сівби на картках певного зразку, що їх буде свого часу подано районам.

Заст. Наркома охорони здоров'я Кустоляи

ВУК Медсантруд Мілер

ЦК УЧХ Ліпіченко

Додаток. Склад аптечки першої допомоги

Бінтів 4 см.	4 шт.
Бінтів 8 см.	4 „
Індивідуальних пакетів	4 „
Сірої вати	200,0 гр.
Марганцево-кисл. калія	1 „

Решта ліків залишається та сама й в тому самому розмірі, що їх було встановлено в штандартній аптечці зразку 1931 р.

Вартість аптечки становить 6 крб. 35 коп.

3. Про масову підготовку кадрів для медобслуговування 3-ої більшовицької сівби

До всіх райздоровінспекторів та міськздоровінспекторів, райкомів УЧХ, райколгоспспілок, радгоспів, МТС, райкомів спілки медсантруд; копія до НКОЗ АМСРР.

Виконання директив партії та уряду в справі підготовки до весняної с. г. кампанії, як в справі організації праці, піднесення якости продукції та виконання промфінпляну — великою мірою залежить від налагодження побутової роботи по колгоспах, радгоспах та МТС, від стану їхнього медсанобслуговування.

Одним з найважливіших питань у справі охорони здоров'я колгоспників та робітників радгоспів є забезпечити працюючих швидкою допомогою на місці роботи та утворити санітарно-гігієнічні умови праці й побуту.

Для цього треба підготовити належні кадри, розгортаючи масові курси швидкою допомоги тасануповноважених по колгоспах та радгоспах.

На час весняної с. г. кампанії 1932 р. треба забезпечити лінією колгоспної системи такий порядок, за якого кожна бригада в колгоспі мала б у своєму складі людину, що знається на справі надання першої допомоги. Виходячи з цього, кожний колгосп у степових районах повинен виділити не менш 4 слухачів для курсів першої допомоги, по лісостепових — не менш 3, а по Поліссю — двох слухачів, що становитиме разом по Україні 90.000 курсантів-колгоспників. Радгоспи та МТС виділяють слухачів за такою самою методою.

Утворення згаданих курсів покладається на райком УЧХ під загальним доглядом та активною допомогою від райздоровінспектур та райкомів спілки медсантруд, які забезпечують: приміщення для курсів, витрати на учбову частину та лектуру.

Колгоспи. МТС та радгоспи забезпечують:

1) Виділення слухачок та слухачів для цих курсів.

2) Засоби пересування щодня, якщо курси на 3—5 кілометрів віддалені од колгоспів і радгоспів.

3) За більшої віддалі колгоспи, радгоспи та МТС забезпечують слухачів у місці розташування курсів житлом та продуктами споживання на ввесь час навчання.

4) Курси організуються при існуючих сільських амбуляторіях, до яких прикріплюються найбільші колгоспи.

Заняття на курсах тривають 1 місяць за програмою, що до цього додається (НКОЗ)

Курси треба розпочати 10 січня 1932 року *), маючи на меті підготовити ці кадри двічі, якщо неможна буде за місцевих умов провести їх одним разом. Закінчити підготову курсантів швидкої допомоги треба не пізніше 10 березня 1932 року.

Набираючи слухачів, колгоспи, радгоспи та МТС; повинні насамперед взяти на облік тих, що вже працювали на цій роботі, відрядивши їх обов'язково на курси.

Не менш важливим є на цей день також утворити інститут сануповноважених по колгоспах, радгоспах, і МТС; сануповноважені повинні стежити за запровадженням санмінімуму й на виробництві, і в побутових закладах.

У кожному колгоспі передбачено мати одного сануповноваженого, отже треба підготовити 30.000 таких сануповноважених.

Такі самі уповноважені повинні бути по одному на кожний радгосп і МТС.

*) Цей лист розіслано місцям 31 грудня 1931 року — Ред.

Щоб підготовити згадані кадри сануповноважених, утворюються курси в самому райцентрі. Райкоми УЧХ, райздоровінспектури, райкоми спілки медсантруд організують ці курси, забезпечуючи приміщенням для курсів, витратами на учбову частину та лектурою.

Колгоспи, радгоспи та МТС відряджують слухачів до райцентру, забезпечивши їх засобами транспорту, продуктами харчування та гуртожитками. Навчання на курсах триває один місяць (з 1 лютого до 1 березня 1932 року) і провадиться за програмою НКОЗ, що тут додається.

На ці курси треба виділювати товаришів добре письменних, які виявили себе на громадській роботі, забезпечивши на цих курсах певний відсоток членів ЛКСМУ. Практичні заняття і для курсантів першої допомоги, і для слухачів курсів сануповноважених, провадяться при належних медсанустановах. Усю роботу щодо підготови згаданих кадрів треба провести належними темпами, на підставі своєчасного, чітко розробленого пляну, дбаючи ввесь час за якість роботи та мобілізуючи увагу всієї суспільности навколо утворення належних умов для роботи курсів.

На 1 лютого 1932 року кожна РЗІ, райком УЧХ, райком спілки медсантруд, райколгоспспілка, радгоспи, МТС, кожний своєю лінією подають до належного центру, не чекаючи на нагадування, відомості про перебіг роботи щодо підготови кадрів.

Заст. Наркомздоров'я **Кустелян**

ЦК УЧХ **Лініченко** — Колгоспцентр: Сектор кадрів **Ліповенко**; Сектор масової роботи **Яшин**

ВУК МСП **Мілер** — Наркомзем: Сектор кадрів **Клех**; Сектор праці **Яловенко**

ПРОГРАМА

короткотермінових курсів першої допомоги для колгоспів

I. Постанови ЦК ВКП(б) та ЦК КП(б)У про медично-санітарне обслуговування та поліпшення побутових умов робітників і колгоспників. Роля самодіяльности трудящих в цій справі. Гурток першої допомоги — одна з форм самодіяльности. Значення першої допомоги в справі поновлення працездатности. Правильно організована перша допомога — допомічник виконання промфінпляну та обороноспроможности країни. Як організовано медично-санітарну допомогу у соцсекторі села. Участь громадських організацій: УЧХ, Т-ва оздоровлення праці та побуту — в санітарно-оздоровній роботі.

Практичні вправи. Ознайомлення з обіжниками НКОЗ щодо змісту занять. Складання пляну та календаря гуртових занять.

II. Як організувати першу медичну допомогу в степу та на місці роботи. Пункт першої допомоги та його робота. Бригадний санітарний уповноважений (що скінчив курси першої допомоги) обсяг та зміст його роботи, права та обов'язки. Що має він знати, щоб подавати її швидко, впевнено й рішуче. Зв'язок бригадного санітарного уповноваженого з сануповноваженим колгоспу та з місцевою медустановою.

Практичні вправи. Екскурсія до місцевої амбуляторії та ознайомлення з її роботою.

III. Що таке санітарний мінімум та навіщо його запроваджують. Санітарний мінімум для оселі та житла. Санітарний мінімум для табору (терень табору, палуби, відходки). Роля бригадного санітарного уповноваженого щодо виконання санітарного мінімуму.

Практичні вправи. Проробити санітарний мінімум для табору. Провести обслідування санстану місць загального користування.

IV. Роля харчування в житті людини. Організація громадського харчування — найкращий спосіб поліпшити та здешевити харчування. Санітарний мінімум для громадської колгоспної їдальні та похідної кухні. Організація громадського харчування в колгоспі та в степу.

Практичні вправи. Екскурсія до місцевої громадської їдальні та опрацювання санмінімуму для громадської їдальні, ознайомлення з плянами організації громадського харчування в степу.

V. Вода і здоров'я людини. Джерела водопостачання в колгоспі. Санітарний мінімум для колодязя. Як організувати постачання води в степу. Санітарна охорона річок та джерел водопостачання.

Практичні вправи. Розробити санітарний мінімум для колодязів. Екскурсія до устаткованих колодязів. Розробити зразковий плян водопостачання в степу. Ознайомлення із законами про санітарну охорону джерел водопостачання та з принципом розподілу річки на окремі ділянки для користування.

VI. Особистий санітарний мінімум. Чисте тіло — запорука здоров'я. Як додержувати чистоту тіла (шкіра, волосся, нігті). Короста. Вошивість. Оздоровне значення лазні та душу. Як організувати душові устави в степу. Організація пральні в колгоспі. Похідна пральня в степу.

Практичні вправи. Ознайомлення з роботою лазнево-прального загону (там, де він є).

VII. Заразливі хвороби та як вони виникають. Запобіжні заходи проти кишкових заразливих хороб, паразитарних тифів, віспи та малярії. Як поводитися із заразливими хворими. Найпростіші засоби дезінфекції та дезінсекції в сільських умовах.

Практичні вправи. Екскурсія до щепного пункту та дезинфекційної камери. Перевірка стану віспощеплення у колгоспі.

VIII. Санітарна торба та аптечка першої допомоги. Як поводитися з ліками та перев'язним матеріялом. Догляд санітарної торби.

Практичні вправи. Ознайомлення з місцевою аптекою та хірургічним відділом медустанови.

IX. Що таке нещасливий випадок. Ознаки правдивої й неправдивої смерти. Перша допомога непритомному, враженому соняшним та тепловим ударом, отруєному газом, утопленому й задавленому землею.

Практичні вправи. Стосовно до теми заняття.

X. Штучне дихання за Сильвестром, Говардом, Шефером і Лябордом і як його вживають. Дихальна система.

Практичні вправи. Стосовно до теми занять.

XI. Кровотеча. Форми кровотечі. Значення кровотечі для життя людини. Кровоносна система. Як затамовувати кровотечу (натискування, пагнітна пов'язка, джгут). Перша допомога як кровотечі із середових органів.

Практичні вправи. Різні способи спиняти кровотечу.

XII. Рана та як її доглядати. Перев'язка. Перев'язний матеріял. Знезаражування перев'язувального матеріялу. Індивідуальний пакет та як ним користуватися.

Практичні вправи. Користування індивідуальним пакетом. Екскурсія до перев'язочної.

XIII. Звихи та перелами прості й ускладнені. Кістяк людини. Перша допомога за звихів та переламів. Пов'язка та накладання шини.

Практичні вправи. Стосовно до змісту занять.

XIV. Допомога, опеченому, замерзлому та враженому електрикою й блискавкою.

Практичні вправи. Ознайомлення з протипожежними правилами та технікою безпеки на електровнях.

XV. Отруєння. Як збудовано травний тракт. Перша допомога за отруєння їжою та різними технічними отрутами, що їх вживають в сільському господарстві (арсен, паризька зелень, формалін, хльорпікрин тощо.

Практичні вправи. Ознайомлення з правилами техніки безпеки підчас роботи з отрутами. Ознайомлення з бракеровкою продуктів.

XVI. Транспортування хворих та ушкоджених. Перенесення хорих одному, вдвох, утрьох. Як зробити ноші. Санітарний віз та пристосування звичайного транспорту для цих потреб.

Практичні вправи. Стосовно до змісту занять.

XVII. Техніка безпеки в сільському господарстві. Як поводитися з машиною та худобою. Техніка безпеки тракториста. Техніка безпеки біля молотарки. Окуляри. Комбінація. Обов'язки бригадного уповноваженого щодо техніки безпеки коло с.-г. машин.

XVIII. Організована праця оздоровлює людину. Праця в СРСР та в капіталістичних країнах. Соцзмагання, ударництво й здоров'я. Здоровий відпочинок поновлює сили. Оздоровне значення фізкультури. Наснажна гімнастика. Загортування тіла. Як організувати масовий здоровий відпочинок в степу.

Практичні вправи. Вправи наснажної гімнастики.

XIX. Отруйні речовини, що їх вживають за часу війни. Колективний та індивідуальний захист від О. Р. Газосховища. Протигаз. Перша допомога отруєному О. Р. Транспортування отруєних О. Р. Простіші способи дегазації місцевости, предметів та одягу. Використовування для цього дезусташнов.

Практичні вправи. Вправи з протигазом.

XX. Робота слухача курсів після закінчення їх. Товариство оздоровлення праці й побуту. Завдання та зміст роботи осередку товариства у колгоспі. Т-во УЧХ та робота його осередків у колгоспі. У чому полягає робота слухача в осередках цих товариств. Зв'язок слухача з місцевою установою охорони здоров'я.

Практичні вправи. Ознайомлення із статутом т-ва Оздоровлення праці та побуту та Червоного Хреста. Екскурсія до місцевих установ охорони здоров'я.

Література та наочне приладдя

Для викладача: — Збірник постанов з питань санітарно-побутової роботи (видав. НКОЗ 1931 р.).
Бюлетень НКОЗ за 1930-31 р.
Плякати — перша допомога.
Експонати райсаносвітбази.
Альбом — „За здоровий колгосп" (друкується).

Для слухача: — Бібліотека „За санітарний мінімум".
Пам'ятка „На допомогу весняній сівбі" (друкується).
Кузнецов — Перша допомога в степу (друге видання).
Кузнецов — Сівба і здоров'я.
Кузнецов — Охорона здоров'я в степу (друкується).
Журнал „Шлях до здоров'я з додатками за 1931 р.
Злотнік — Громадська самодіяльність і охорона здоров'я.
Захаренко — Про Червоний Хрест.
Журнали: „Шлях до здоров'я" з додатками „Червоний Хрест".

4. Про курси ясельних робітників*)

До всіх районних і міських інспектур охорони здоров'я, до МСУ нових будівництв, до всіх райколгоспспілок. Копії до НКОЗ АМСРР, до уповноваженого НКОЗ в Одесі т. Волкового, до уповноваженого НКОЗ в Києві тов. Бриліянта

Досвід минулого року яскраво показав, що до справи підготовки ясельних робітників місця підходять, значно запізнюючись і що по багатьох районах цю підготовку персонала переводилось, починаючи лише з квітня м-ця, причому тривалість курсів була 2-3 тижні.

За значного розширення мережі сезонових ясел, така короткотермінова підготовка ясельних робітників, цілком зрозуміло, не змогла дати позитивних наслідків, і незадовільна робота сезонових ясел в значній мірі пояснюється цією недосить уважно переведеною підготовкою.

Отже, цього року до підготовки ясельних робітників слід приступити не пізніш кінця січня, причому тривалість підготовки повинна бути не менш, як 2—2$^1/_2$ місяці.

Вже на весняну с. г. кампанію ми намічаємо охопити всі колгоспи яслами-садками; виходячи з цього треба від кожного колгоспу виділяти слухачку.

Слід уже тепер спільно з Райколгоспспілками приступити до виділення слухачок, причому насамперед треба на ці курси вербувати таких колгоспниць, що вже виявили себе на роботі в яслах цього року.

Навчання має пройти першою чергою по практичних установах, а саме по консультаціях, постійних яслах, (там, де вони існують), пологових відділках і т. інш.

Колгоспи виділяють слухачок, забезпечують їх засобами пересування, якщо курси є на віддаленні від колгоспу 3-5 кілометрів. На дальшому віддаленні від місця навчання, колгосп забезпечує слухачку гуртожитком та харчами на час курсів.

Органи здоровоохорони на місцях забезпечують учбовою частиною та лектурою.

Орієнтовно курси слід переводити за таким навчальним пляном:

1. Політика партії та радвлади на селі.
2. Елементи біології, анатомії й фізіології.
3. Організація радянської здоровоохорони й зокрема охорони материнства й дитинства.
4. Гігієна (загальна, особиста, побутова).
5. Основні поняття про годування дитини.
6. Основні поняття про виховання дитини.
7. Поняття про інфекційні захворування, їх розповсюдження та профілактика.
8. Фізкультура.
9. Методика та практика роботи в консультації для дітей.
10. Методика та практика роботи в яслах.
11. Перша допомога.

Опрацьовуючи програм цього навчального пляну, треба підчас викладання елементів біології, анатомії та фізіології додержуватися найпопулярнішої методи викладання, не витрачаючи на це багато часу й дійсно ознайомивши слухачок лише з тими елементами дисциплін, що дійсно потрібні для засвоєння дисциплін щодо догляду та виховання дітей.

Як підручник, слід придбати „Порадник ясельного працівника", що його можна купити в усіх книгарнях.

Заст. Наркомздоров'я Кустоляи

Заст. кер. групи ОХМ Федотова

Чл. Правління Укрколгоспцентру сектор кадрів Ліповенко

Сектор масової роботи Укрколгоспценяру Яшин

(Об. розп. НКОЗ та УКЦ з 8 січня 1932 р.)

*) Розіслано 9 січня 1932 р. — Ред.

ПРОГРАМА

для курсів колгоспниць — ясельних вихователькок

(Курси 6-8 тижнів)

Медична частина

Всього 70—80 год., розрахов. на 3-4 теорет. год. щодня.

Теми	Години
1. Колективізація сільського господарства.	
2. Шлях до піднесення сільського господарства та оздоровлення села	2
3. Жіноча праця в індивідуальному та колективному секторах села	2
4. Гігієна суспільних форм життя:	
а) практичні заходи до будування нового побуту: організація громадського харчування, житла, пральні, лазні, перукарні. Громадське харчування (завдання, значення, перевага).	
б) Санітарно-гігієнічні вимоги до громадської кухні, їдальні, дитяча кухня.	
в) Хлібовипікання.	
г) Роля жінки в організації громадського харчування в колгоспі.	
д) Лазня — значення гігієни тіла. Гігієнічне значення лазні. Типи лазневого будівництва на селі.	
е) Пральня — значення чистоти білизни та одягу для здоров'я. Як треба раціонально прати білизну. Громадські пральні в колгоспі та їхня перевага. Як будувати громадську пральню в колгоспі	4
5. Дитяча смертність, її причина та засоби боротися з нею.	
а) Соціяльно-біологічні причини дитячої смертности.	
б) Засоби боротьби з дитячою смертністю (практичні заходи в рад. країні)	2
6. Роля дитустанов, як чинника перебудування побуту та засоби боротьби з дитячою смертністю.	
а) Правова охорона материнства та дитинства в рад. Союзі.	
б) Постанови радянських та партійних органів. Практичні заходи охорони материнства та дитинства	4
7. Гігієна дитини.	
а) Анатомо-фізіологічні особливості — дитини до 7 років. Значення режиму, догляду, в справі правильного розвитку дитини.	
б) Гігієна помешкання: 1) значення помешкання, 2) кубатура, 3) світло, 4) вибір помешкання, 5) опалення, 6) вентиляція, 7) освітлення, 8) прибирання	2
в) Одяг: 1) завдання, 2) вибір його, 3) особливості залежно від зросту, 4) нагляд за одягом	1

Т е м и	Години
г) Ліжко: 1) його значення, 2) устаткування його, 3) гігієна ліжка, 4) значення сну та його довгочасність	1
д) Годування та меню: дітей від 1-4 років. Кишкові захорування, літні проноси та боротьба з ними	10
е) Природні оздоровчі фактори: їхнє значення та техніка пристосування в дитячому вікові: 1) сонце, 2) повітря, 3) вода, 4) фізкультвправи	4
ж) інфекційні захорування: дифтерія, шкарлятина, тиф, кір, вітрянка кашлюк та інш., їхня профілактика. Соціяльне значення карантинного періоду	4

Педагогічна частина курсів ясельних робітників у районі

I. Завдання виховання в реконструктивну добу

а) Виховання в буржуазних країнах і в Радянському союзі.
б) Ясла — перший щабель комуністичного виховання 2 год.

II. Виховання клясової вирямованости у дітей переддошкільного віку

а) Виховання клясової самосвідомости та ставлення до клясового ворога.
б) Підведення до виробництва та виховання розуміння певного ставлення до комуністичної праці; організація екскурсій на виробництво, до колгоспу.
в) Зв'язок з піонерами.
г) Організація революційних свят 8 год.

III. Трудове виховання в розрізі політехнізму

1) Головні засади політехнізму.
2) Організація на цих засадах трудової діяльности дітей.
а) Робота в природі.
б) Побутова праця.
в) Елементарно-технічна праця.
г) Самообслуговування 10 год.

IV. Режим дитустанов

1) Соціяльне та педагогічне значення режиму.
2) Організація режимних моментів та виховання навколо них культурно-гігієнічних навичок;
а) Їжа, б) сон, в) перебування на повітрі, г) дефекація 8 год.

3) Групові заняття.
а) Значення групових занять.
б) Форми та організація занять.
в) Матеріяли до занять 4 год.

V. Організація дитячого дозвілля

а) Значення дитячої гри.
б) матеріял для гри.
в) Роля педагога в організації дитячої гри . . 4 год.

VI. Робота з батьками

а) Індивідуальні бесіди з батьками підчас прийому та віддавання дітей.
б) Загальні збори батьків.
в) Групові наради (з батьками дітей окремих груп).
г) Відвідування дітей вдома 4 год.

1. Скрипник — „Система народньої освіти".
2. „ — „Основні засади єдиної системи народньої освіти".
3 Крупська — „Про політехнізм".
4. „ — „Реконструкція народнього господарства та політехнізація школи".
5. Ленін — „Про завдання спілки молоді".
6. „ — „Социалистическая революция и задачи просвещения".
7. Энгельс — „Принципы коммунизма"
8. „ — „Партійні наради в справі народньої освіти".
9. „ — „Прогр. комун. інтернаціонала".
10. Заслужний — „Педологічні засади політехнізму". Шлях освіти—7-8-1930 р.
11. „ — „Дошкольное воспитание" За 30 р. № 6 за 31 р. 1, 2.
12. Залкінд — „Педология и новинки" сборник педолог. основ связи детсадна со школой и яслями.
13. Подпольський — „Сельско-хозяйственный труд дошкольника в колхозе".
14. Бибанова — „Педагогика переддошкольного возраста".
15. Файвусович „Методы и содержание работы с детьми ясельного возраста".
16. Кучевська та Лякерман — „На допомогу переддошкільниці колгоспу".
17. Журнали: — „Охматдит і ОЗДП". „За комуністичне виховання дошкільника". Харків.
18. Збірник: Гомфеклер, Дурнова Федер, Кричевська — „Какими должны быть ясли на селе"
19. Збірник під редак. Дурново, Кольнер — „Организованные занятия", „ясла на селі".
20. Кучевська—Лякерман — „На допомогу переддошкільниці колгоспу".
21. Из серии книжек Московского издат. Соцвоса — „Почему ребенок должен играть и учиться".
22. Шульгин — „Основные вопросы соц. воспитания".
23. Файвусович — „Форма и методы работы с детьми ясельного восраста".
24. Сборник изд. 1924 р. — „Ясли на Украине".
25. Из серии книж. изд. Соцвоса, Москва — Игрушка в дошкольном возрасте".
26. Бибанова — 1. Організація сна й контроль над отправленням 40.
2. Кормление . 40.
3. Туалет . 40.
27. Старинкевич — „Поведінка дитини".

1. Враван — „Охрана материнства и млад. на западе и в СССР",
2. Журнал — „Охматдет и ОЗДП № 3-4 статья Балабан".
3. Київський мед. журнал — „Статья Финкельштейна".
4. Кольнер „Дитяча смертність на Україні".
5 Збірник — „Порадник ясельному робітникові".
1. Міхалюта — „Гігієна материнства".
2. „ — „Вигодування немовлят".
3. Фингер — „Колективизация в деревне". „Путь к здоровью".
4. Андріяшева — Як забезпечити дитину від туберкульози".
5. Кравцов — „Як живе та псується людське тіло",
6. Кольнер — „Як організувати ясла в колгоспі".
7. Коломойцева — „Порадник колгоспниці, як годувати дітей".

5. Про організацію активу жінок-колгоспниць навколо ясельної кампанії наступного 1932 року.

До всіх райздоровінспектур, міськздоровінспектур, до уповноваженого НКОЗ в Одесі т. Волкового, до уповноваженого НКОЗ в Києві т. Брилліянта, до медсанупрів новобудів; копія до НКОЗ АМСРР.

1932 року за постановою Наркомздоров'я, Колгоспцентру СРСР та Укрколгоспцентру треба організувати ясла по всіх колгоспах з тим, щоб на час весняної с.-г. кампанії ясла-дитсадки вже провадили свою роботу. Отже, по всій Україні треба організувати 30.500 ясел-дитсадків.

Успіх організації такої великої мережі значною мірою залежить від активної участи в цьому самих жінок колгоспниць. Активність та ініціятива самих колгоспниць дасть змогу знайти серед самого колгоспу ті ресурси обладнання, приміщень тощо, що потрібно на розгорнення ясельної мережі і на час весняної більшовіцької сівби, і на збиральну кампанію.

Треба організувати жіночий актив колгоспниць навколо ясел, що залишились взимку, щоб продовжувати соціялістичне виховання дітей колгоспниць.

Треба, щоб плян організації ясел було обговорено на широкому жіночому районовому активі, на засіданнях правлінь колгоспів для переведення цієї підготовної роботи в розумінні того, щоб підшукати відповідне приміщення, устаткувати його виділити харчові фонди тощо. Треба також обов'язково переглянути все майно, що залишилось в яслах 1931 року, взяти його на окремий облік і підготовити його до використання в яслах 1932 року.

Райздоровінспектури та райколгоспспілки повинні вже тепер обговорити плян ясельної мережі на 1932 рік зі всіма громадськими організаціями району, забезпечивши його фінансово-матеріяльною базою і популяризувати цей плян серед широких колгоспних мас.

Отже, Наркомздоров'я та Укрколгоспцентр просять вас ужити всіх заходів щодо організації жіночого активу навколо підготовної роботи до розгортання ясельної мережі 1932 року та навколо ясел, що залишились взимку, налагодивши політико-виховну роботу серед колгоспниць.

Заст. Наркомздоров'я **Кустеляи**

Укрколгоспцентр **Яшиш**

(Спільне об. розп. НКОЗ та УКГЦ з 19 січня 1932 р. № 16-343-10).

ОРГАНІЗАЦІЙНА ЧАСТИНА

Затвердила:

Заст. Наркомздоров'я **М. Кустеляи.**

8. До складання оперативно-виробничих плянів діяльности медсанустанов*)

IV. Вказівки до складання оперативно-виробничого пляну для установ ОЗДП.

Складаючи плян лінією ОЗДП, треба додержуватися єдности операційно-господарчого плянування міста або району. Єдиний плян складається з таких окремих елементів: плян лікаря ОЗДП, плян дитячої поліклініки або відділку ОЗД єдиного диспансера, плян допоміжних диспансерних установ, санаторій, денних санаторій, постійних оздоровних майданів та сезонної мережі, що розгортається під час літніх кампаній.

Складаючи єдиний плян лінією ОЗДП, слід урахувати дані, що є про шкільну мережу шкіл ФЗС, ФЗУ у місті та аґрономізовані й політехнізовані школи та ШКМ на селі.

Крім того, встановлюючи якісні показники, треба виходити з кількости дітей шкільного віку та підлітків шкіл ФЗУ. Плян треба обґрунтувати даними про кількість дітей робітників провідних галузей промисловости (гірничої, металюргійної, хемічної тощо), а також підчас складання пляну урахувати роботу організації ОЗДП по тих підприємствах та виробничих одиницях, де застосовується виробнича праця дітей.

Операційний плян лікаря ОЗДП

Складаючи операційний плян роботи, лікар ОЗДП повинен виходити з таких моментів:

1) Реалізація санмінімуму в школах дворазовим глибоким обслідуванням санітарного стану шкільних установ.

2) Запровадження загальних соматичних оглядів дітей (з профілактичною метою) двічі на рік.

3) Виділення дітей, що потрібують різних форм оздоровлення взимку та влітку у відповідних оздоровних установах (майдани, денні санаторії, нічні санаторії, оздоровні колонії тощо).

4) Організація видачі по школах гарячих сніданків, охоплюючи на 100% та передусім тих, що потрібують цього за станом фізичного здоров'я.

5) Запровадження прищепок проти віспи, шкарлятини та дифтерії. Тут треба прагнути таких числових показників: ревакцинації проти віспи всім дітям першої групи, вакцинація проти шкарлятини та дифтерії всім школярам першого концентру.

Примітка: Всі щеплення за пляном провадяться за допомогою санітарної організації та за погодженим пляном цієї роботи.

6) Вивчення виробництва по окремих цехах, де застосовується виробнича праця дітей.

7) Вивчення та виявлення вимог щодо гігієнізації робітничих місць, де застосовується дитяча праця.

*) Див. також бюлетень НКОЗ № 34—36 1931 року. — Ред.

8) Виділення на основі профілактичного огляду дітей з паразитарними захворуваннями шкіри, волосся, очей та напрямлення цих дитячих груп для лікування до відпов'дних фахівців.

9) Участь у комплектуванні шкільних груп з початку шкільного віку через психофізичну оцінку тих дітей, що випадають з колективу.

10) Участь у роботі педагогічних рад та в розгляді учбових плянів з погляду їхньої педологічної оцінки.

11) Викладання гігієни в старших групах II концентру зазначених в пляні шкіл.

12) Запровадження певної кількости бесід, лекцій, екскурсій до будинків саносвіти, санітарних вистав по окремих визначених школах.

13) Визначення по кожній школі кількости контрольних оглядів у зв'язку з запровадженням фізкультури.

14) Визначення в числових показниках керівництво дитячою санітарною самоорганізацією в певних школах та найконкретніших завдань у роботі шкільного самоврядування.

15) Організація педологічних осередків при відповідних школах.

16) Накреслення плянових питань, що виникають з потреб кожної школи для доповідей на педагогічних радах або для опрацювання, маючи на меті допомогти педагогічному процесу здійснити окремі ділянки роботи.

Увесь зазначений плян лікар ОЗДП пов'язує із загальним пляном школи, пляном дитячої поліклініки або відділкои ОЗДП єдиного диспансера, як організаційно-методологічного та операційного центру всієї роботи по ОЗДП даного району або міста.

Дитяча поліклініка

1) У пляні треба визначити роб. час, потрібний на обслідувальну роботу порядком диспансеризації дітей і підлітків. Залежно від місцевих умов встановлюється чергування в окремі дні для диспансерного обслідування, або ж робітний час кожного дня розділюється на дві частини; на диспансеризацію треба віддати не менше половини часу всієї діяльности поліклініки.

2) У пляні передбачається за кількісними показниками та на конкретний термін противісп'яна ревакцинація, прищепки проти шкарлятини та дифтерії.

Цю роботу віднести на період осінніх місяців.

3) Визначається конкретна мережа шкіл, що їхніх дітей диспансеризується літнього та зимового періоду.

Плянуючи цю галузь роботи, треба виходити із 100% масового оздоровлення: взимку — гарячі сніданки в школі, фізкультурні майдани при школах, ковзанки тощо.

Щодо спеціяльних оздоровних заходів, то взимку треба охопити 20% диспансеризованих школярів до загальної кількости (дитмайдани, санатовії, денні санаторії тощо). Улітку охопити 50 — 60%, що є в установах того самого типу; кваліфікованими станціонарними установами охопити 10% загальної кількости диспансеризованих дітей улітку та взимку.

4) У плянах визначається кількість проведених соціяльно-побутових обслідувань та патронажу, виходячи з показника 25 — 40% обслідувань до загальної кількости диспансеризованих дітей та 10 — 15% патронажу до загальної кількости обслідуваних в соціяльно-побутовому розумінні. У пляні треба конкретно фіксувати кількість патронажу та обслідувань на кожн укрему школу, ФЗУ та інш. установ, що підпадають під диспансерізацію.

5) Вивчення умов виробничої праці диспансеризованих дітей у робітничих кімнатах, майстернях та цехах підприємств; тут конкретно треба заплянувати потрібні поліпшення напрямком гігієнічної нормалізації умов дитячої праці (кубатура, освітлення, виробничі приладдя, робітниче місце дитини тощо).

6) Плян педологічної роботи треба будувати, виходячи з таких настанов: а) обслідувати через педогогічні кабінети 25 — 30% загальної кількости диспансеризованих дітей. Накреслити конкретну участь кабінету спільно з лікарями ОЗДП у роботі райметодбюра, райпеднарад і шкільних педагогічних рад.

б) Затвердити кількість школярів 5-6-7 груп, яких треба провести через профконсультацію, а також кількість соматичних оглядів підлітків ФЗУ, що підлягають обслідуванню в поліклініці, з тих контингентів, що проходять через психотехнічний іспит лінією бюр профвідбору.

Відділки ОЗДП єдиного диспансера

1) За змістом окремих ділянок роботи треба виходити з пунктів плянування дитячої поліклініки, але з тією відміною, що ввесь плян пов'язується з пляном диспансерної та профілактичної роботи серед дорослого робітництва та затверджується за пляном єдиного диспансера.

2) Відділок ОЗДП плянує з єдиним диспансером певні групи дітей, що диспансеризуються відповідно до диспансеризації дорослого робітництва. Разом із тим відділок ОЗДП ставить вимоги до пляну єдиного диспансера в галузі диспансеризації окремих груп дорослих відповідно до потреб диспансеризації дитячого населення.

3) Відділок ОЗДП спільно з єдиним диспансером складає плян оздоровлення вовнішніх умов у цехах, де застосовується дитяча праця, на відповідних виробництвах.

Ці моменти треба обов'язково відбити в пляні роботи медсанцеха, причому заходи щодо гігієнічного нормування умов дитячої праці здійснюються за консультацією, допомогою та безпосередньою участю медсанцехів.

4) Плянування соціяльно-побутових обслідувань та патронажу об'єднується з пляном єдиного диспансера через єдину патронажну сестру.

Дитяча поліклініка в районі (обслідування соц. сектора села)

1) Плян складається, містячи в собі ті самі галузі, що їх накреслено для міської поліклініки.

2) До диспансеризації включається дитинство радгоспів, колгоспів, дітей наймитів.

3) Насамперед опрацьовуються заходи, скеровані на диспансерне оздоровлення політехнізованої частини шкіл (семирічки), що глибоко розвинули політехнічне навчання (агрономізовані політехнізні школи та ШКМ).

4) У пляні передбачаються конкретні заходи до підвищення санітарного стану мережі диспансеризованих шкіл, а через меддільничних лікарів — і решти шкіл. У цих заходах мусить міститися завдання здійснити в сільській школі санітарний мінімум.

5) На зміну п. 5 про міську поліклініку треба провести облік, вивчити та поліпшити ті галузі с. г. праці, де школи провадять виробниче навчання дітей.

Спільно з лікарями меддільниць району треба опрацювати заходи в справі вивчення умов та поліпшення виробничого оточення с. г. праці дітей і молоді, що вчаться на терені відповідних медільниць.

6) Через конференції з меддільничими лікарями опрацьовується конкретний плян профілактичних і оздоровних заходів тієї мережі шкіл, що її не включено до плянів диспансеризації.

Нічна та денна санаторія

1) Плянувати роботи денної та нічної санаторії — є завдання дитячої поліклініки, інспектора або лікаря ОЗДП.

Плянування це передбачено в робітничому пляні поліклініки, а не лише підчас літньої кампанії, як це спостерігалося раніше.

Нічна та денна санаторія залежно від змоги, вважається за постійну установу на ввесь пляновий рік: узимку — зимова санаторія із звуженішим комплектом дітей, а влітку — літня із збільшеною кількістю місць.

2) Плянуючи нічну й денну санаторію, треба урахувати перепускову спроможність, виходячи з контрольних чисел диспансеризованих груп дітей та бюджету на їхнє утримання.

Комплектуючи дітей, треба виходити з чітко диференційованого добору, беручи на увагу не лише рівень заробітків родини, а провадячи цілокупну оцінку побутового стану її (робота обох батьків, хатні умови тощо), надаючи також особливу увагу і медичним показникам, і соц. станові дитини (піонерство, належність до шкільного активу, діти ударників і тих, що беруть участь у соцзмаганні).

3) Обґрунтовуючи кошторис, треба виходити не лише з бюджету, але брати на увагу також відповідні асигнування від організацій, профспілок, місцевих філій УЧХ та інш.

7. ДОГОВОР

о социалистическом соревновании между Народными комиссариатами здравоохранения РСФСР и УССР

Огромные успехи социалистического строительства, успехи в классовой борьбе во всех областях народного хозяйства, широкое вовлечение новых кадров рабочих в промышленности, вовлечение женщин во все отрасли производства, систематическое улучшение материального положения рабочего класса и колхозников, доказали реальность народно-хозяйственного плана.

Эти успехи на народно-хозяйственном фронте и огромные задачи дальнейшего строительства социализма, стоящие перед рабочим классом СССР, пред'являют громадные требования к культурно-бытовому обслуживанию кадров промышленности и сельского хозяйства, а также к поднятию уровня здоровья трудящихся масс СССР.

Решения июньского пленума ЦК, постановления по реконструкции и развитию коммунального хозяйства, по социалистическому переустройству труда и быта, санитарному переустройству и строительству новых городов, руководящие указания т. Сталина, данные на с'езде хозяйственников, налагают на органы здравоохранения исключительные обязательства и требуют переустройства работы их на основе действительного применения социалистических форм труда, социалистического соревнования и ударничества, большевистских темпов, творческой инициативы и изобретательства, конкретного руководства и ответственности всякого исполнителя на своем участке.

В целях наилучшей реализации директив партии и правительства, а также задач, выдвигаемых социалистическим строительством в целом в области народного здравоохранения, народные комиссариаты здравоохранения РСФСР и УССР заключают настоящий договор о социалистическом соревновании на основе следующей программы:

В СССР в кратчайшие сроки и в первую очередь на ведущих участках соцстроительства должны быть ликвидированы санитарная отсталость, санитарная безграмотность, широко развернуты мероприятия по социалистическому переустройству и оздоровлению труда и быта и мероприятия по предупреждению и борьбе с эпидемическими заболеваниями, по снижению заболеваемости и травматизма, борьба с прогулами по болезни. Работа органов здравоохранения и их учреждений (больниц, амбулаторий, яслей и т. д.) должна быть перестроена на основе плановости и проведения социалистических форм труда: соц. соревнования и ударничества, вовлечения широких масс пролетариата и колхозников в дело организации здравоохранения, массы медицинских работников должны быть мобилизованы на борьбу за проведение широких санитарно-оздоровительных мероприятий, развертывание творческой инициативы, изобретательства и рационализации медицинского дела. Исходя из этой общей программы, народные комиссариаты здравоохранения РСФСР и УССР принимают на себя следующие обязательства:

Проэкт договора Наркомздрава РСФСР	**Договор Наркомздрава УССР**
1. Точное и своевременное выполнение постановлений партии и правительства с обеспечением максимального качества выполнения.	1. Точное и своевременное выполнение постановлений партии и правительства в области здравоохранения с максимальным обеспечением качества выполнения.
2. Обеспечение действительного проведения соцсоревнования и ударничества в аппарате... % ударников и ... % охвата индивидуальным и групповым соревнованием.	2. Обеспечение действительного проведения соцсоревнования и ударничества в аппарате, 20% ударников, 50% охвата индивидуальным и 30% групповым соревнованием (по отношению к имеющемуся структурному подразделению Наркомата); установление точного учета и поверки ударничества и соцсоревнования.
3. Повышение труддисциплины (ликвидация опозданий, прогулов, нерациональной траты времени, ответственность исполнителей за порученное им дело, максимальная рациональная загрузка рабочего времени).	3. Повышение труддисциплины: полная ликвидация опозданий, прогулов, нерациональной траты времени (при ожидании докладов у руководителей, своевременное начало заседаний, составление плана заседаний на определенный срок и выполнение его, максимальное перенесение заседаний на внеурочное время), ответственность исполнителей за порученное им дело (полное проведение системы ответственных исполнителей) максимальная загрузка рабочего времени.
4. Полное вовлечение всех сотрудников аппарата в общественную работу (% посещаемости собраний, процент участия в общественных организациях, % участия в добровольных обществах, сумма подписки на заем на одного сотрудника).	4. Полное вовлечение всех сотрудников аппарата в общественную роботу (% посещаемости собраний, % участия в общественной нагрузке, % участия в добровольных обществах, % рабкоров стенгазеты, сумма подписки на заем на одного сотрудника).
5. Полное своевременное выполнение производственного плана 1931 г. с максимальным обеспечением качества выполнения.	5. Полное своевременное выполнение наркоматом производственного плана 1931 г. с максимальным обеспечением качества выполнения.

6. Своевременное составление контрольных чисел в строгом соответствии с директивами партии и правительства с максимальным обеспечением качества выполнения.	6. Своевременное составление контрольных чисел в строгом соответствии с директивами партии и правительства с максимальным обеспечением качества выполнения.
7. Проведение на деле работы по рационализации.	7. Проведение на деле работы по рационализации, стандартизации и изобретательству, в частности: а) уточнение и закрепление в центральном аппарате системы ответственных исполнителей (усовершенствование стуктуры, положение о функциях секторов и групп, положение о системе ответственных исполнителей, номенклатура обязанностей для каждой отдельной должности и т. д.), б) Закрепление организации и контроля исполнения и доведение плана наркомата до отдельных исполнителей по отдельным картам—графикам согласно директивы НК РКИ. в) 100% охват всех научно-исследовательских институтов работой в области стандартизации, организация в них ячеек и укомплектование их квалифицированными работниками. г) Стандартизация главных массовых анализов по определению качества продуктов общественного питания. д) Наилучшее и наибыстрое испытание изобретательских предложений (апробация). е) Открытие экспериментальных мастерских в 3 крупных городах и наилучшее обслуживание в них изобретателей.
8. Обеспечение конкретного руководства новым строительством медико-санитарных учреждений (своевременное полноценное составление проэктов зданий для строительства, рассмотрением и утверждение проэктов и систематический контроль за ходом строительства).	8. Обеспечение конкретного руководства новым строительством медико-санитарных учреждений (своевременно-полноценное составление проэктов зданий для строительства, рассмотрение и утверждение проэктов и систематический контроль за ходом строительства).
9. Выполнение директивы партии и правительства по социально-классовому составу посылаемых на курорты (на бальнеологических не менее 60% и климатических—не менее 50% рабочих), удовлетворение в первую очередь рабочих ударников, нуждающихся в курортном лечении.	9. а) Выполнение директивы партии и правительства по социально-классовому составу посылаемых на курорты: на бальнеологические—не менее 65% рабочих и 15% селян и на климатические—не менее 55% рабочих и 15% селян удовлетворение в первую очередь рабочих ударников, нуждающихся в курортном лечении. б) Предоставление детям и подросткам 15% всего коечного наличия курортов с выделением специальных санаторий для подростков. в) Выявление нуждаемости в санаторно-курортной помощи на 1932 г. среди рабочих ведущих отраслей промышленности (химия, транспорт, металл, уголь) и изучение нуждаемости в сан. кур. помощи детей и подростков.
10. Обеспечение качества медобслуживания рабочих санаторий (лучшее помещение, лучшей квалификации медперсонал, лучшее питание, культработа, физкультура).	10. Обеспечение качества медобслуживания рабочих санаторий (лучшее помещение, лучшей квалификации медперсонал, лучшее питание), широкое развитие санкультуры на курортах.
11. Максимальное развертывание подготовки медкадров и улучшение социального состава подготовляемых кадров (...% удовлетворения потребности в медкадрах,..% рабоче крестьянского ядра, членов ВКП(б) и ВЛКСМ).	11. а) Исходя из установленных норм приема в мединститупы рабоче-крестьянской части до 70%, признать необходимым довести в 1932 г. рабоче-крестьянскую группу для институтов до 80%. для медтехникумов, установленный % — 60 — довести до 70%. Довести партийно-комсомольскую прослойку для мединститутов до 50%, для медтехникумов до 40%. Провести широкую подготовительную работу по обеспечению приема в медВУЗ'ы в 1932 году с охватом, согласно установленной Госпланом нормы контингентов в 5000 чел. Выдвинуть для приема в медВУЗ'ы в 1932 г. лучших ударников из медтехникумов. б) Обеспечить прием националов в мединституты в 1932 г в количестве 150 чел., создав для них специальные курсы по подготовке.

	в) Идя по пути дифференциации медобразования, реорганизовать в 1932 г. психо-неврологический факультет в самостоятельный психо-неврологический институт и один санитарно-гигиенический факультет в самостоятельный санитарно-гигиенический институт.
	г) Провести в 1932 г. прием в заочный мединститут для переквалификации среднего медперсонала 2.000 чел. и в заочный фарминститут для подготовки фармацевтов принять 1.000 чел.
12. Повышение квалификации и подготовка научных кадров (процент охвата медперсонала курсами усовершенствования, процент роста числа аспирантов и научных работников научных институтов и мединститутов, % рабоче-крестьянского ядра, членов ВКП(б) и ВЛКСМ).	12 Охватить курсами при институтах усовершенствования врачей и их периферийными базами не менее 10% всего наличного состава врачей. Организовать заочные курсы по повышению квалификации врачей. Организовать для врачей заочные курсы по диалектическому материализму и диалектическому материализму в медицине, охватив ими не менее 20% всего наличия врачей и не менее 75% наличия преподавательского состава медВУЗ'ов. Организовать посылку на одногодичные курсы при институте марксизма для подготовки методологов — диалектиков из врачей. б) Довести рабоче-крестьянскую прослойку аспирантов до 60%, членов партии и комсомола до 60%. Выдвинуть в аспиранты из оканчивающих медВУЗ'ы студентов не менее 35 чел. лучших ударников (партийцев, комсомольцев и беспартийных).
13. Полное укомплектование кадрами районного аппарата здравоохранения (...% укомплектования аппарата. социальный совстав, ...% рабочих, колхозников, членов ВКП(б), ВЛКСМ).	13. Укомплектовать на 100% аппарат райздравов, доведя партийно-комсомольскую прослойку до 60%. Провести полную аттестацию всех райздравов. Провести количественный учет всех врачей Украины.
14. Обеспечение учебными програмами и учебниками выдержанными с точки зрения марксиско-ленинской методологии, в соответствии с уровнем современной науки.	14. Провести в 1932 году полную переработку учебных програм в направлении обеспечения господствующей роли диалектического материализма.

15. Установить наилучшие формы связи с периферией, обеспечивающие руководство и помощь районам (проведение межрайонных совещаний 2 раза в год, увеличило число вызовов на доклады в коллегию и сектора НКЗ, число районов, охваченных живым инструктажем не месте, система прикрепления инспекторов НКЗ к группам районов, организация инструктажа через межрайонные учреждения и научно-практические институты, система внештатных инспекторов).

16. Приспособление учетно-статистической работы к требованиям оперативных секторов (построение отчетов с показателями медсанобслуживания ведущих отраслей промышленности, карточка на отдельные крупные промпредприятия, новостройки, совхозы; паспортизация районов, группа национальных районов).

17. Организація бесперебойного снабжения периферии формами первичной документации.

18. Организация и руководство научно-исследовательской и научно-практической работой в соответствии с основными постановлениями Всесоюзного Совещания по планированию науки, в частности.

а) внедрение в теорию и практику научной роботы диалектико-материалистической методологи и об'екты: научные институты НКЗ, мединституты, научные с'езды, научные об'ява, научно-медицинская и учебно-медицинская пресса; показатели: 1) организация единого методологического центра; 2) организация методкабинетов во всех институтах; 3) организация предварительной проработки в центре и на периферии основных докладов с'ездов; 4) обеспечение всех с'ездов докладами по применению диалектико-материалистической методологии в данной научной области; 5) обеспечение квалифицированным диалектико-материалистическим руководством всей научно и учебно-медицинской пресы (состав редакции, подбор материала); 6) обеспечение руководящей роли институтов в работе научных обществ).

б) Организация единого тематического плана научной работы и обеспечение контроля над его выполнением (об'екты: планы работ институтов; показатели: 1) дача институтам руководящих указаний по составлению плана научной роботы на 1932 год, как общих для всех институтов (проблематика), так и дифференцированных для групп отраслевых институтов и конкретных для каждого института; 2) анализ планов институтов и составление по ним единого детализированного тематического сводного плана 3) разработка организационных форм контроля (бригадное обследование институтов, паспортизация научно-исследовательской работы в институтах).

в). Поворот научной работы к практическим задачам социалистического строительства (об'екты: тематические планы 12 институтов — институты Патологии и гигиены труда — Харьковский, Днепропетровский, Сталинский, комплексные институты. Санбак-

терпол. институты — Харьковский и Одесский, Коммунальной гигиены — Харьковский и Луганский; ортопедии и травматологии в г. Харькове и питания: — Одесский; показатели; 1) обеспечение своевременного получения этими институтами социального заказа от хозяйственных организаций и медико-санитарной сети; 2) проработка планов этих институтов на рабочих и административно-хозяйственных конференциях).

г) Повышение эффективности научной работы и внедрение научных выводов в практику (об'екты: труды институтов; показатели: 1) учет в НКЗ практических выводов научных работ институтов; 2) организация Наркомздравом своевременной передачи медсансети и хозяйственным организациям — практических выводов; 3) последующий учет эффективности отдельных предложений).

19. В области санитарной культуры основное направление взять на под'ем санитарной культурности рабочих и колхозников, путем ликвидации санитарной неграмотности и развертывания самодеятельности вокруг вопросов здравоохранения, на основе постановлений партии и правительства об улучшении бытовых условий рабочих и колхозников, о снижении заболеваемости, о санитарном минимуме, в частности, поставив в задачу:

а) организации массовых рабочих санитарно-гигиенических университетов во всех пролетарских центрах, где есть мединституты и институты Наркомздрава. (количественно — не меньше 300 слушателей — рабочих для каждого университета. Качественно — бесперебойная работа, использование слушателей в качестве здравоохраненческого актива постоянная четкая программа и календарь занятий. фактическое, повышение санитарно-культурного уровня слушателей).

б) Организации регулярной радио-работы по вопросам санкультуры Показатели — радиожурнал в Харькове, Одессе, Днепропетровске, Сталино, Киеве. Радиобеседы один раз в декаду, санитарно-гигиенический университет по радио в Харькове и Одессе.

II.

Для усиления обслуживания рабочих важнейших отраслей промышленности и показа правильной организации и постановки дела здравоохранения. Народный Комиссариат Здравоохранения РСФСР выделяет под особое наблюдение 20 промышленных центров и 10 новостроек по по прилагаемому списку.	Для усиления обслуживания рабочих важнейших отраслей промышленности и показа правильной организации и постановки дела здравоохранения Народный Комиссариат Здравоохранения УССР выделяет под особое наблюдение 10 промышленных центров и 5 новостроек по прилагаемому списку.
Во всех взятых под наблюдение промышленных центрах и новостройках должны быть полностью реализованы следующие мероприятия.	Во всех взятых под наблюдение промцентрах и новостройках должны быть полностью реализованы следующие мероприятия:
а) во всех предприятиях и стройучастках с количеством рабочих не менее 250 организовать здравпункты;	а) во всех предприятиях и стройучастках с количеством рабочих не менее 250 в одну смену — организовать м-дпункты; организовать 20 медсанцехов на предприятиях, согласно плана НКЗ УССР, с полным обеспечением медперсоналом, помещением, оборудованием, и развернутой профилактической работой по содействию выполнению промфинплана;
б) все смены на предприятиях охватить врачебным обслуживанием;	б) все смены на предприятиях охватить медицинским обслуживанием, в том числе и врачебным, если число рабочих данной смены превышает принятую НКЗ УССР норму. Медицинская помощь на предприятиях по отдельным сменам должна находиться под врачебным контролем и наблюдением;
в) обеспечить амбулаторной специализированной помощью рабочих, в первую очередь ведущих отраслей промышленности (число приемов в спец. кабинетах на 100 рабочих);	в) обеспечить амбулаторной специализированной помощью рабочих, в первую очередь ведущих отраслей промышленности (10 приемов в год на одного рабочего)
г) коечной помощью обеспечить из расчета 10 коек на 1000 рабочих, занятых в ведущей промышленности и 5 коек на членов их семей:	г) обеспечить коечной помощью и расчета—8 коек на 1000 рабочих, занятых в ведущей промышленности, и 4 койки на 1000 членов их семей. Примечание: в число коек входят все лечкойки, кроме санаторных.
д) обеспечить детей строительных рабочих новостроек ясельным обслуживанием от 80 до 100% потребности. Потребность в яслях промышленных рабочих выше перечисленных центров обеспечит в размере от 60 до 80%;	д) обеспечить детей строительных рабочих новостроек ясельным обслуживанием до 100% потребности. Потребность в яслях промышленных рабочих выше перечисленных центров обеспечить в размере от 60 — 80%, а на предприятиях ведущих отраслей промышленности — 100%;

е) обслужить рабочих подростков, нуждающихся в санаторной помощи, санаторным колониям на 60%;

ж) родильной помощью на 100%;

з) в целях рационализации постановки детского общественного питания провести, как опыт, строительство двух показательных пищевых станций;

и) все перечисленные центри обеспечить санитарными врачами из расчета: обще-санитарний надзор—1 врач на 25.000 жителей, жилищно-санитарний надзор—1 врач на 25.000 жителей и пищевой санитарный надзор и врачей эпидемиологов из расчета 1 врач на 50.000 жителей.

Промышленно санитарный надзор из расчета на 10.000 рабочих—1 врач.;

к) Организовать своевременную квалифицированную помощь на дому, обеспечивающую полностью покрытие нужд промышленных рабочих и их семей (число врачебной помощи на дому на 1.000 рабочих);

л) Организовать диэтпитание из расчета 5% диэтблюд к общему количеству блюд, отпускаемых общественными столовыми;

м) развернуть кабинеты врачебного контроля над физкультурой при всех диспансерных об'единениях и стадионах;

н) развернуть санкультбазы при домах соцкультуры;

о) обеспечить все новостройки санкультработниками и организацией групп содействия здравоохранению на каждой указанной новостройке (см. список);

п) провести санминимум на указанных новостройках. Обеспечить каждую новостройку и промцентр сан-пропускным пунктом, дезстанцией и сан. бактер. лабораторией;

е) обеспечить рабочих подростков, нуждающихся в санаторной помощи, санаторными колониями на 60%;

ж) родильной помощью на 100%;

з) в целях рационализации постановки детского общественного питания обеспечить организацию двух показательных пищевых станций.

и) все перечисленные центры обеспечить санитарными врачами из расчета: обще-санитарный надзор 1 врач на 25.000 жителей, жилищно-санитарный надзор 1 врач на 25.000 жителей, пищевой саннадзор и врачей эпидемиологов из расчета 1 врач на 30.000 жителей. Промышленно-санитарный надзор из расчета 1 врач на 5.000 рабочих. Новостройки обеспечить всеми специалистами-санитарными врачами—независимо от количества рабочих на них.

к) организовать своевременную квалифицированную помощь на дому, обеспечивающую полностью покрытие нужд промышленных рабочих и их семей (1 врач помощи на дому на 2.000 рабочих);

л) Организовать диэтпитание из расчета 5% диэтблюд к общему количеству блюд, отпускаемых общественными столовыми;

м) развернуть кабинеты врачебного контроля над физкультурой при всех диспансерных об'единениях и стадионах;

н) организовать дома санфизкультуры во всех перечисленных промцентрах (дома санфизкультуры должны отвечать, как организационно, так и содержанием работы об'явленным о них положениям);

о) обеспечить все новостройки санкультработниками и организацией групп содействия здравоохранению на каждой указанной новостройке, привлечением к работе медсанорганизаций актива Кр. Кр.;

п) провести санминимум на указанных новостройках. Обеспечить каждую новостройку и промцентр сан-пропускным пунктом, санбаклабораторией мощным дезпунктом, а в Харькове и Днепропетровске — дезстанцией;

р) организовать регулярное преподавание в школах, техникумах и высших учебных заведениях вопросов гигиены и санитарной культуры (охват всех указанных учебных заведений, постоянные программы, издание учебников);

с) организовать 150 пунктов ликвидации санитарной неграмотности (бесперебойная работа, использование слушателей в качестве актива);

т) организовать 25 кружков помощи и 10 военно-санитарных выставок при домах санфизкультуры (п о к а з а т е л и: 1) регулярная работа кружков, постоянная программа, календарь, использование слушателей в качестве бригадиров первой помощи; 2) в ы с т а в к и — программа с охватом вопросов гигиены допризывника, переменника бойца, первой помощи в бою и противохимической обороны);

у) обеспечить проведение регистрации травматизма, профзаболеваний и профотравлений, а также изучения заболеваемости по ведущим отраслям промышленности на отдельным крупным предприятиям;

ф) обеспечить организацию 12 единых диспансеров на базе существующей медсансети в вышеперечисленных промцентрах;

х) обеспечить медкадрами перечисленные новостройки не менее, чем на 80% их потребности;

ц) обеспечить медсанеть перечисленных промцентров и новостроек хозяйственным (продовольствие, инвентарь имущество) и медицинским снабжением (медикаменты, инструментарий, аппаратура, предметы ухода) с удовлетворением не менее 80% потребности по основным номенклатурам.

III.

В соцсекторе сельського хозяйства

Наркомздрав РСФСР выделяет под особое наблюдение 10 районов сплошной коллективизации с максимальным развитием совхозного строительства, МТС и развитием предприятий по первичной обработке и переработке сельско-хозяйственных продуктов (на Сев. Кавказе., Н. Волга Ср. Волга ЦЧО, Респ. Немцев, Поволожье).

Для образковой постановки работы, как в районе в целом, так и в особенности в райцентре по медико-санитарному обслуживанию рабочих совхозов, МТС и колхозников к концу 1932 г. обеспечить:

1) В центре района: специализированную больницу на 75 коек с амбулаторией, имеющую в своем составе специальную лечебную помощь детскую и женскую консультацию с молочной кухней, врачей ОЗД и П, тубпункт, постоянные ясли на 50 коек; 1 санврач, дезкамера, 2 передвижных дезотряда оспопрививатели, райсанкультбаза. Число врачей специалистов довести до 8, включая санврача и зубврача.

2) На периферии района (в совхозах, базах МТС и крупных колхозах): 2 больницы по 25 коек с заразными бараками при них на 8 коек и амбулаториями; при них п. ОЗД и П, тубпункт, венпункт, 3 врачебных амбулатории с приемным покоем на 5 коек (из них 3 родильных): 5 ясель по 30 коек с детской консультацией и молочной кухней при периферических больницах и амбулаториях; 10 постоянных ясель в совхозах и колхозах. В периферических больницах довести число врачей до 4, включая зубврача.

3) Обслуживание посево-уборочной кампании обеспечить на основе следующих показателей: каждый производственный участок совхозов и тракторные колонны МТС обеспечить

В соцсекторе сельського хозяйства

Наркомздрав УСРР выделяет под особое наблюдение 9 районов сплошной коллективизации с максимальным развитием совхозного строительства, МТС и развитием предприятий по первичной обработке и переработке сел.-хоз. продуктов, а также один район национальный (по прилагаемому списку).

Для образцовой постановки работы, как в районе в целом, так и в особенности в райцентрах по медсанобслуживанию рабочих совхозов, МТС и колхозников к концу 1932 г. обеспечить:

1) В центре района: специализированную больницу (терап., хирург., родильн. детские и инфекц. койки); амбулаторную, имеющую в своем составе специальную лечебную помощь, в составе тех же специальностей: детскую и женскую консультацию с молочной кухней; врачей ОЗД и П; тубдиспансер, вендиспансер или тубвенпункты, главной пункт, по потребности, постоянные ясли на 50 коек; райсанстанция с числом санврачей не менее 2-х. Число врачей специалистов довести до 9, включая санврачей и зубврачей. Обязательное шефство над райцентром со стороны ближайшего крупного центра в отношении специальной квалифицированной помощи.

2) На периферии района: (в совхозах, базах МТС и крупных колхозах): 2 больницы з заразными бараками при них на 8 коек и амбулаториями; при них пункт ОЗДП, тубпункт, венпункт; врачебные амбулатории с приемными покоями на 5 коек (из них 3 родильных); 5 ясель по 30 коек с детской консультацией и молочной кухней в пунктах, где имеются периферические больницы и амбулатории; 10 постоянных ясель в совхозах и колхозах. В периферических больницах довести число врачей до 3-х; кроме того зубврачами обеспечить 50% всех амбулаторий.

> Примечание: Общее число коек в больницах, как в районном центре, так и на периферии района должно отвечать норме: 1 койка на 300 жителей, число амбулаторий из расчета 1 амбулатория на 8.000 жителей.

2а) В области санкультуры:

а) организовать райбазы санкультуры во всех райцентрах;

б) организовать регулярное преподавание гигиены и санкультуры в школах;

в) организовать 50 пунктов ликвидации санитарной неграмотности;

г) организовать 25 кружков первой помощи;

3) Обслуживание посевно-уборочной кампании обеспечить на основе следующих показателей:

а) аптечки в каждой бригаде колхоза, отделениях совхоза и тракторной колонне МТС (полевой подвижной пункт первой помощи);

полевыми пунктами первой помощи, ясельной помощью на время полевых работ обеспечить на 100% потребности.

4) Организовать во всех совхозах группы содействия здравоохранению и во всех колхозах здравячейки и секции здравоохранения при райисполкомах и сельсоветах.

5) Добиться обеспечения совхозов, баз МТС и крупных колхозов банями, хорошим водоснабжением и общественными столовыми, охватить их мероприятиями по санминимуму.

Для взаимной информации оба наркомата обмениваются поквартальными информационными сводками по всем перечисленным показателям.

Окончательная проверка выполнения соцдоговора производится через год комиссией в составе представителей администрации, партийных, профорганизаций наркоматов, ЦК работников здравоохранения и шефствующих организаций.

Народный Комиссар Здравоохранения РСФСР

Ответ. секретарь ячейки ВКП(б)

Пред. месткома сотрудников НКЗ РСФСР

б) постоянный пункт первой помощи в совхозах с количеством постоянных рабочих не менее 250 человек; в крупных совхозах, не менее одного на район, пункты с лекпомами;

в) сезонный пункт при сельсоветах, удаленный от существующей сети лечучреждений более, чем на 3 килом.

г) ясельной помощью на время полевых работ обеспечить на 100% потребности;

д) полевыми питательными пунктами.

4) Организовать во всех совхозах группы содействия здравоохранению, во всех колхозах здравячейки. в каждой бригаде совхозов-сануполномоченных, а также секции здравоохранения (и соц. обеспечения) при РИК'ах и культсоцсекции при сельсоветах.

5) Добиться обеспечения совхозов, баз МТС и крупных колхозов банями, доброкачественным водоснабжением и общественными столовыми, охватить их мероприятиями по санминимуму.

Для взаимной информации НКЗ РСФСР и НКЗ УССР обмениваются поквартально информационными сводками по всем перечисленным показателям на 1 апреля, 1 июля и 1 октября 1932 г.

Окончательная проверка выполнения соцдоговора производится через год, т. е. не раньше 1 января 1933 г. комиссией в составе представителей администрации, партийных профессиональных организаций НКЗ РСФСР и УССР, ЦК МСТруд и ВУК МСТруд и шефствующих организаций.

Народный Комиссар Здравоохранения УСРР *Канторович*

Ответ. секретарь ячейки КП(б)У *Шепс*

Пред. месткома сотрудников НКЗ УССР *Соболь*

СПИСОК

промцентрів, новобудів і районів, що їх притягується, яко учасників соціялістичного договора між НКОЗ'ами УСРР та РСФСР

А. Промцентри:

1. Харків
2. Дніпропетровське
3. Маріюпіль
4. Сталіно
5. Луганське
6. Лисичанське
7. Кам'янське
8. Красний Луч
9. Каліевка
10. Макіївка

Б. Новобуди

1. Краммашбуд
2. Кривбуд
3. Зуйбуд
4. Склобуд (Лисичанське)
5. Авовбуд

В. Райони

1. Синельниківський
2. Лозовський
3. Смілянський
4. Березовський
5. Вознесенський
6. Вовчанський
7. Краснопільський (Жовтнев.)
8. Красноградський
9. Генический
10. Каліниндорфський (нац.)

8. Про популяризацію та здійснення постанов третьої сесії ВУЦВК'у

До всіх органів та робітників охорони здоров'я на Україні

Третя сесія ВУЦВК'у, що відбулася в середині грудня 1931 р., схвалила надзвичайно важливі постанови на доповіді про контрольні цифри народньо-господарчого пляну УСРР та про комунальне господарство України. У цих постановах приділено увагу також питанням оздоровлення праці й побуту робітничої кляси, колгоспного селянства й решти працюючої людности УСРР. Наводячи тут лише ті пункти постанова III-ої сесії ВУЦВК, що безпосередньо говорять про оздоровні заходи, Наркомздоров'я звертає увагу всіх керівників установ охорони здоров'я

та їхніх робітників на потребу детально вивчити постанови сесії цілком, віддавши посилену увагу питанням охорони здоров'я та оздоровних заходів.

Наркомздоров'я вимагає, щоб постанови було якнайбільше популяризовано серед широких мас робітників, причому важливо провести таке:

а) Опрацювати постанови III-ої сесії на засіданнях лікарських рад і на районних конференціях медичних робітників;

б) Включати в пляни роботи медико-санітарних установ заходи, що виходять із відповідних постанов III-ої сесії;

в) Провести відповідну роботу в культурно-соціяльних секціях сільрад.

Цими заходами, звичайно, не обмежується діяльність установ та робітників охорони здоров'я в справі здійснення постанов III-ої сесії ВУЦВК. Треба старанно розподілити роботу між окремими установами та виконавцями, перевіряти перебіги роботи, домогтися від райвиконкомів (міськрад) та госпорганів здійснення залежних від них заходів, мобілізуючи потрібні для цього кошти та інші.

Зважаючи на те, що незабаром провадитиметься перевірка здійснення постанов III-ої сесії ВУЦВК, НКОЗ пропонує подати до НКОЗ відомості про те, як скеровано роботу на популяризацію постанов та організацію виконання їх.

Заст. Наркомздоров'я Кустелян

Кер. оргсектора Шмуйлов

(Об. розп. НКОЗ з 20 січня 1932 р. № 4001 — 3 — 10).

Із постанов III сесії ВУЦВК

I. На доповідь про контрольні числа народньо-господарчого пляну УСРР

... Відзначаючи зрушення в санітарному обслуговуванні трудящих, Сесія підкреслює потребу посилити боротьбу за кращий санітарний стан країни та притягти радянську суспільність до роботи над охороною здоров'я та поліпшення санітарних умов побуту.

Капіталовкладання на охорону здоров'я трудящих затвердити сумою в 62,6 міл. крб. з тим, щоб поширити мережу ліжок в лікарнях на 18 тис. одиниць, поширити позалікарняну допомогу зокрема, перейти на систему єдиного диспансеру та звернути увагу на організацію медсанцехів на важливіших підприємствах.

Сесія зобов'язує ВРНГ, промкооперацію і Наркомздоров'я як слід подбати про розгортання виробництва медикаментів та медичного встаткування.

II. На доповідь про комунальне господарство УСРР

... Це ставить на всю широчінь завдання якнайшвидше зліквідувати відставання житлового та комунального господарства від загального господарчого та культурного розвитку країни й, насамперед, в основних промислових містах і районах та забезпечити такі темпи комунального й житлового будівництва, що відповідали б темпам індустріялізації країни та зростанню міської людности, і забезпечили б піднесення на дедалі вищий щабель матеріяльно-побутового й культурного обслуговування та охорону здоров'я широких трудящих мас, тим самим підвищуючи продукційність праці трудящих і остаточно визволивши жінку-робітницю від тягаря хатнього господарства, щоб залучити її до роботи на виробництві...

... У пляні комунального будівництва на 1932 рік треба визначити здійснення в них містах конкретних заходів до поліпшення водопостачання, вичищення, забрукування головних вулиць та під'їзних шляхів до підприємств, розвитку зелених насаджень, зміцнення протипожежної охорони тощо.

Б. *Щодо водопостачання*

1) Збільшити 1932 року мережу міських водогонів в УСРР найменш на 450 клм., зокрема:

а) у містах та робітничих селищах у Донбасі збудувати розвідну мережу від центральних водогонів, загальною довжиною найменш 200 — 300 клм;

б) посилити реконструкцію водогінного господарства міст Києва, Одеси, Дніпропетровського та інших, зміцнюючи джерела водопостачання, побудовуючи очисні споруди та збільшуючи розвідну мережу до загальної довжини найменш 90 клм.;

в) розпочати будівництво водогону в м. Маріюполі і в основному закінчити 1932 р. будування водогону в м. Запоріжжі.

2) Наркомземоправ та Наркомгоспу УСРР, складаючи другого п'ятирічного плана — передбачити розгорнену систему заходів до поліпшення водопостачання сіл і, першою чергою, — пунктів розвиненого сільсько-господарського будівництва.

В. Щодо санітарного оздоровлення міст

1) Здійснити зелені насадження у містах та робітничих селищах відповідно до норм, що їх визначив Раднарком УСРР та розгорнути роботу над утворенням парків культури й відпочинку у низці міст (Харкові, Києві, Сталіному та інш.).

2) Почати будувати нові каналізації в містах — Сталіному, Горлівці, Краматорському, Кадіївці, Ворошилівському, Макіївці, Красному Луці, Маріюполі та Миколаєві.

3) Поширити каналізаційну мережу в м. Дніпропетровському найменш на 18 клм., у Києві — найменш на 11 клм., в Одесі закінчити будування нових каналізацій в Луганському та Запоріжжі, з тим, щоб уже цього року охопити каналізацією основні райони цих міст.

Г. Щодо лазне-пральневого будівництва

Збудувати в УСРР 1932 р. найменш 20 лазне-пральневих комбінатів, 36 лазень та 15 пралень, розгорнувши лазне-пральневе будівництво в містах промислового значення і, першою чергою, в Донбасі та Дніпропетровсько-Криворізькому промисловому районі.

КАДРИ.

9. Про курси підготови лікарів та підвищення їхньої кваліфікації

До всіх районних інспектур та міськздоровінспектур охорони здоров'я, НКОЗ АМСРР, Водсанупру, медсанупрів нових будівництв

Оголошуючи операційний плян курсів на 1932 рік, НКОЗ подає до відому всіх зацікавлених установ, що при відрядженні лікарів на курси треба додержуватись нижчезазначених обов'язкових положень:

1. Кожне відрядження інспектурою на курси мусить провадитись безпосередньо через відповідний інститут удосконалення лікарів, до якого ту або іншу інспектуру прикріплено (див. бюлетень НКОЗ № 17 — 19 1930 р., стор. 341).

2. Розподіл районів, прикріплених до кожного інституту удосконалення лікарів, тимчасово залишається без зміни (див. бюлетень НКОЗ № 17 — 19 1930 р.).

3. Щодо умов відрядження лікаря на курси, збереження, зарплатні тощо, такі залишаються без зміни за умовами, що їх було оголошено в бюлетені НКОЗ за № 17 — 19 1930 р.

4. У разі в інституті, до якого прикріплено ту або іншу установу, відповідних курсів не провадиться, треба звернутися безпосередньо до інституту, в якому передбачається провести такі курси, незалежно від того, чи прикріплено до цього інституту зазначену установу.

5. У разі курси провадять у 2 інститутах удосконалення лікарів, наприклад: Київському та Харківському, райони, що їх прикріплено до Одеського інституту, відряджують лікарів на курси до Київського інституту, а райони, що їх прикріплено до Дніпропетровського інституту, відряджують лікарів на курси до Харківського інституту. Також, у разі запровадження курсів в Одесі та Дніпропетровському, райони Київського інституту вдосконалення лікарів відряджують лікарів до Одеського інституту, а Харківського — до Дніпропетровського інституту вдосконалення лікарів.

6. Щоб напрямити лікаря на курси, треба обов'язково заздалегідь подати до відповідного інституту вдосконалення лікарів анкету (форму див. нижче).

7. Напрямлення лікарів для підвищення кваліфікації або перепідготовки індивідуальним порядком провадиться виключно за попереднім погодженням з відповідним інститутом удосконалення лікарів; невиконання цього спричинить повернення лікарів до місця його роботи. Стипендії за напрямлення індивідуальним порядком НКОЗ лікарям не надає, так само й щодо гуртожитку. Індивідуальні відрядження провадяться лише коштом РЗІ, МЗІ та інших установ.

8. Відрядження лікарів для вдосконалення до інститутів РСФРР провадиться коштом установ, де працюють лікарі через сектор кадрів НКОЗ пляновим порядком за розподілом місць, що їх надає Московський або Ленінградський інститути вдосконалення лікарів для УСРР. Оплату за навчання зазначеним інститутам та за місце в гуртожиткові провадять установи, що відряджують лікаря. Для відрядження до РСФРР інспектури охорони здоров'я повинні подати до сектора кадрів НКОЗ анкету (див. нижче) на кандидата обов'язково зазначаючи куди саме бажано його відрядити.

9. Зважаючи на те, що відрядження на курси — є премія за ударну роботу, НКОЗ пропонує МЗІ, РЗІ тощо якнайширше притягати до висування лікарів кандидатів на курси та в нові відрядження проф. та парт. організації.

10. Про успішне закінчення лікарем курсів або про наукове відрядження його обов'язково відмічати в його трудовому списковї, на підставі спеціяльних посвідчень інститутів удосконалення лікарів та окремих вказівок останніх.

Примітка. У разі невідвідування курсантом занять інститутам удосконалення лікарів надано право знімати таких лікарів з курсів та повертати їх до місця постійної роботи.

11. Встановлюючи диференційовану зарплату, пропонується обов'язково до складу показників вводити також успішне закінчення курсів. Крім того, зазначених лікарів треба першочергово просувати на відповідальні лікувально-профілактичні та наукові посади. НКОЗ теж буде провадити відповідний облік.

12. Ураховуючи, що в справі охорони здоров'я чималу вагу має гарна кваліфікація лікарських кадрів периферії, пропонується всім МЗІ, РЗІ, нач. МСУ тощо зі всією уважністю за їхньою особистою відповідальністю поставитись до справи вдосконалення лікарів, відряджуючи їх на курси та в індивідуальні відрядження, забезпечуючи їхню участь у периферійній роботі інститутів удосконалення лікарів на місцях, курсконференціях, семінарах і бригадних лекціях, доповідях тощо.

Додаток: 1. Операційний плян.
2. Анкета.

Заст. Наркомздоров'я Кустелян.

Заст. керівн. сектора кадрів Меньовіч.

Ст. інспектор підвищення кваліфікації кадрів Бредер.

(Об. розп. НКОЗ з 8 січня 1932 р.).

Стать чол./жінка (підкреслити)

(Анкета мусить бути чітко й повно заповнена, перевірена й свідчена організацією, що відряджує).

ОСОБИСТА КАРТКА №

На слухача інституту вдосконалення лікарів або його філіялів.

I (Заповнює лікар, якого відряджують, і перевіряє і стверджує організація, що відряджує).

1. Назва району й докладна адреса РЗІ, що відряджує.
2. Де живе й служить лікар (докладно адреса).
3. На які курси відряджують й на який час.
4. Прізвище, ім'я та по-батькові.
5. Рік народження
6. Сімейний стан
7. Національність
8. Соцпоходження
9. Партійність
10. Член якої профспілки й з якого часу
11. Освіта. а) Середня:
(Де, коли й яку закінчив школу)
б) Вища:
(Де, коли й який закінчив ВИШ і за яким ухилом)
12. Посада і спеціяльність, скільки часу працює за даним фахом (зазначити роботу основну та за сполученням).
13. Зазначити ввесь попередній службовий стаж, лікарський і не лікарський).
14. Чи має заявник стаж інтерна або ординатора клініки, або великої лікарні й якої.
15. Чи має наукові праці (які, скільки, де їх надруковано)
16. Чи бере участь у з'їздах, конференціях, яку саме (доповіді)
17. Периферійний стаж, де саме.
18. Чи був на курсах удосконалення, де, коли і яких, чиїм коштом.
19. Громадська робота: а) Зазначити попередню громадську роботу
б) Зазначити громадську роботу яку, тепер провадить
20. Чи є заявник ударником, чи бере він участь у соцзмаганні, персональні обов'язки.
21. Зобов'язання повернутися до місця роботи після відрядження.

Підпис лікаря, якого відряджують

22. Характеристика проф. та парт. організації (заповнює і стверджує організація, що рекомендує).

Підпис.

23. Характеристика РЗІ або райвиконкому.

Підпис.

(продовж. анкети див. стор. 23).

ПЛЯН

курсів підготовки лікарів по ін-тах удосконалення лікарів УСРР та їхніх філій на 1932 рік.

№№ чергові	НАЗВА КУРСІВ	З кого комплектується	Харків: Кількість слухач.	Харків: Тривалість	Харків: Термін	Київ: Кількість слухач.	Київ: Тривалість	Київ: Термін	Одеса: Кількість слухач.	Одеса: Тривалість	Одеса: Термін	Дніпропетровське: Кількість слухач.	Дніпропетровське: Тривалість	Дніпропетровське: Термін
1	Житлово комунальників	З санлік. та лік. інш. фахів	35 25 25	3 3 3	1-IX — 1-XII 1-IV — 1-VII 15-X—15-I-33 р.	25	3	15-IX—15-XII	25	3	1-III — 1-IV	—	—	—
2	Санітарн. лікар.	З лік. інш. фахів . . .				30	3	15-IX—15-XII	25 25	3 3	1-II — 1-V 15-X – 15-I-1933 р.			
3	Епідеміологів	З санлік. та лік. інш. фахів	35	3	15-IV — 15-VII	35	3	1-IV — 1-VII	80	3	1-IX — 1-XII	—	—	—
4	Профвідбору та психотехників	З лік. інш. фахів . . .	20	3	1-XI — 1-II	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5	Санхарчлікарів	„ „ „ . . .							25 25 25	3 3 3	1-II — 1-V 1-V — 1V—III 1-IX—1-II-33 р	—	—	—
6	Дієтетиків	З лік. терапевт. та лік. інш. фахів	20 25	3 3	1-I — 1-IV 1-IX — 1-XII	—	—	—	20	3	1-IV — 1-VII	—	—	—
7	Ляборантів санбак. лябор.	З лікарів, біологів, хеміків, фармацевт. . .	30	4	1-I—1-V (філ.)	25	4	1-III — 1-VII	25	4	1-IX—1-II-33р.	25	4	1-IV — 1-VIII
8	Ляборантів профгіг. та фізол. пр.	Лікарів інших фахів .	—	—	—	—	—	—	20	3	1-IV—1-XII	—	—	—
9	Саносвітчиків	„ інш. фахів . .	—	—	—	—	—	—	20	3	15-III—15 VI	—	—	—
10	Єдиного диспанс.	„ терапевтів .	25	2	1-XI — 1-I	25	2	15-X—15-XII	25	2	15-I—15-III	25	2	1-X — 1-XII
11	Травматолог. ортопед.	„ хірургів . . .	25	3	1-XI—1-II-32 р.	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12	Хірургів	„ інших фахів .	25	6	15-I — 15-VII	—	—	—	25	6	15-VIII-15 II-33	25	6	1-X—1-IV-33р
13	Психоневрологів	„ „ „ .	20	4	15-III — 15-VII	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14	Фізкультурників	„ терапевтів та інш. фахів .	30	2	15-II – 15-IV	—	—	—	25	2	1-X — 1-XII	—	—	—

Закінчення (див. попер. стор.)

№№ черговї	НАЗВА КУРСІВ	З кого комплектується	Харків			Київ			Одеса			Дніпропетровське		
			Кількість слухач.	Тривалість	Термін	Кількість слухач.	Тривалість	Термін	Кількість слухач.	Тривалість	Термін	Кількість слухач.	Тривалість	Термін
15	Отоляринґологів	Лікарів інших фахів .	15	4	15-III — 15-VII	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16	Венерологів	" " " . .	—	—	—	—	—	—	20	4	15-VIII—15-II	20	4	1-X—1-XI-33р.
17	Офтальмологів	" " " . .	—	—	—	20	4	15-III—15-VII	—	—	—	—	—	—
18	Туберкульозник.	" терапевтів . . .	—	—	—	15	3	1-IX—1-XII	—	—	—	—	—	—
19	Онкологів	З лік. хірург. та ґінекологів	15	2	1-IX — 1-XI	—	—	—	10	2	1-V — 1-VII	—	—	—
20	Рентґенлаборант.	З середнього медперс.	—	—	—	25	6	1-IX—1-III-1933 р.	—	—	—	—	—	—
21	Рентґенологів	З лік. інш. фахів . . .	10	6	1-I—1-VII (філ.)	10	6	1-II—1-VIII	—	—	—	—	—	—
22	Судових медиків	" " " . . .	—	—	—	—	—	—	10	6	1-IX-1—III-33 р.	—	—	—
23	Раціоналізаторів	" " " . . .	20	2	15-V — 15-VII	—	—	—	—	—	—	—	—	—
24	Лікарів експерт.	З інш. фахів	20	1	1-IV — 1-V	—	—	—	—	—	—	—	—	—
25	Педологів	З психонев. та інших фахів	20	3	1-XII—1-III-33р	-	—	—	—	—	—	—	-	—
26	Промсанлікарів	З санлік. промсанлік. та лік. інш. фахів .	20	3	1-IX — 1-XII	—	—	—	—	-	—	25	3	1-IV — VII
27	Адм. висуванців	З тих, що вже працюють в охороні здоров'я	—	—	—	25 25	3 3	1-II — 1-V 1-IX — 1XII						
28	Маляріолог'в	З лік. інш. фахів . . .	15	3	1-II — 1-V	—	—	—						
29	Медсанстатист.	З статист. район. тощо	10 10	2 2	1-I—1-III Стал. 1-III — 1-V	20	2	1-V — 1-VII						
30	Дитячого туберк.	З пед., туберк., зубн.	15	2	1-IX — 1-XI									
31	Зублікарі УЧХ	Зублікарів	—	—	—				30	7	1-I — 1-VIII			

Пляни курсів підвищення кваліфікації лікарів по інститутах удосконалення лікарів УСРР та їхніх філіях на 1932 рік.

№№ чергові	НАЗВА КУРСІВ	З кого комплектуються	Харків Кільк. слухач.	Харків Тривал.	Харків Термін	Київ Кільк. слухач.	Київ Тривал.	Київ Термін	Одеса Кільк. слухач.	Одеса Тривал.	Одеса Термін	Дніпропетровське Кільк. слухач.	Дніпропетровське Тривал.	Дніпропетровське Термін
1	Житлово-комунал.	З лік. житл.-комун.	30	2	1-XII—1-II-33 р.	—	—	—	—	—	—	—	—	—
2	Епідеміологів	„ епідеміол. районів	20	2	1-XII—1-II-33 р	—	—	—	20	2	1-IV—1-VI	—	—	—
3	Сан. харч. лікар.	„ санхарчлік.	—	—	—	—	—	—	25	2	15-VIII—15-X	—	—	—
4	Ляборант. санбаклябор.	„ ляборант. райсанстанцій тощо	—	—	—	30	2	1-IX—1-XI	20	2	1-IV—1-VI	—	—	—
5	Саносвіти	„ лік. саносв.	—	—	—	—	—	—	20	2	1-IX—1-X-33 р	—	—	—
6	Травматол.-ортопед.	„ ортопедів	15	2	1-IX—1-XI	10	2	15-IX—15-XI	—	—	—	—	—	—
7	Кірургів	„ хірург. райлікарень	20	2	1-X—1-XII	15	2	15-III—15-V	20	2	15-V—15-VII	—	—	—
8	Психоневрологів	„ психоневрол	20	2	1-XII—1-VI-33	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9	Фізкультурників	„ фізкульт., ОЗДП	30	2	1-XII—1-II	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	Отоляринголгів	„ отолярингол.	20	2	1-IX—1-XI	15	2	1-V—1-VII	10	2	15-II—15-V	10	2	1-XI—1-I
11	Венерологів	„ венерологів.	—	—	—	—	—	—	20	2	1-V—1-VIII	15	2	15-I—15-III
12	Офтальмологів	„ офтальмолог.	—	—	—	15	3	15-IX—15-XII	—	—	—	10	3	1-IV—1-VII
13	Туберкульозників	„ туберкульоз.	—	—	—	20	2	1-II—1-IV	20	2	1-IX—1-XI	—	—	—
14	Рентгенологів	„ рентгенолог.	—	—	—	—	—	—	15	2	15-IV—15-VI	—	—	—
15	Судов. медиків	„ суд. мед.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
16	Зав. един. дисп.	„ лік. диспанс., головлік.: поліклін.	25	2	1-XI—1-I	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	Головлік. лікарень	„ головлік. ліккр.	—	—	—	25	2	1-II—1 IV	—	—	—	—	—	—
18	Лікарі медпунктів	„ лік. медпункт.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19	Охматдитчиків	„ „ ОХМД	25	3	1-I—1-IV	25	3	1-X—1-I-33 р.	—	—	—	[illegible]0	2	1-XII—1-II-33
						25	3	1-II—1-V	—	—	—	20	3	1-III—1 VI
20	ОЗДП (у Києві—ФЗУ)	„ „ ОЗДП, ФЗУ	20	3	1-XI—1-II-33 р.	15	3	1-X—1-I-33 р.	—	—	—	—	—	—
21	Дільн. лікар. стац.	„ дільн лік.	[illegible]0	5	15-I—15-VI	50	5	15-IX—15-II	40	5	15-I—15-VI	45	5	1-III—1-VIII
		„ стаціонарн.	15	5	1-III—1-VIII	—	—	—	40	5	15-X—5-III-33	45	5	1-X—1-III-33 р.
22	Дільн. лікар. амбул.	„ „ амбулят.	75	3	1-XI—1-II-33 р.	25	3	15-II—15-V	15	3	1-IX—1-XII (філ.	—	—	—
						20	3	15-IX—15 XII	15	3	1-II—1-V (ф	—	—	—
23	Терапевтів	„ терапевтів	—	—	—	20	3	1-II—1-VII	20	3	15 XII—15-II	—	—	—
24	Фізіотерапевтів	„ фізіотерап.	—	—	—	15	2	1 XI—1-I-33 р.	10	2	15-IX—15-XI	—	—	—
25	Райздоровінсп. лікарів	„ райздоровін.	25	2	1-IV—1 VI	—	—	—	—	—	—	—	—	—
		„ лікарів	25	2	1-XI—1-XI	—	—	—	—	—	—	—	—	—
26	„ не лікар	„ „ нелікар.	—	—	—	20	3	1-X—1-I	3[illegible]	3	15-XII—15-III-33 р.	—	—	—
27	Гінеколог. акуш.	„ гінекол. та акушер.	—	—	—	20	3	1-IV—1-VII	—	—	—	—	—	—
28	Одонтологів	„ одонтологів	25	3	1-XI—1-II	—	—	—	2[illegible]	3	1-V—1-VIII	—	—	—
29	Зав. райохматдит.	„ зав. райохмат. та лік. ОХМД	—	—	—	2[illegible]	2	1-IX—1-XI	—	—	—	—	—	—
30	Інфекціоніст.	„ інфекцін. лік.	20	2	1-IV—1-VI	—	—	—	—	—	—	—	—	—
31	Зублікарі	„ зублікарів	—	—	—	—	—	—	20	3	15-XII—15-II	—	—	—
32	Поза-плян { Курортові лік.	„ лік. курорт.	—	—	—	—	—	—	25	2	1-XII—1-II-33	—	—	—
33	Поза-плян { Лік. буд. відпоч.	„ „ буд. відпоч.	—	—	—	25	3	1-I—1-IV	—	—	—	—	—	—
34	Поза-плян { Зав. „ „	„ зав. „ „	—	—	—	25	3	1-I—1-IV	—	—	—	—	—	—

II. (Заповнює і стверджує організація, що відряджує).

24. **Коротка характеристика району.**

а) У господарчо-економічному відношенні, що є — гірно-промислов., хемічна, металюргійна, тракторні станції, радгоспи, колгоспи: відсоток колективізації господарства й т. інш.

б) У медико санітарному відношенні (які є медико-санітарні установи які галузі господарства й промисловости обслуговуються, скільки лікарів, у районі за фахом і т. д.)

25. Характеристика установи, де на цей час працює лікар, якого відряджують (наприклад місткість кількість ліжок, які ліжки—тарапевтичні, хірургічні, акушерські й скільки лікарів та за яким фахом працюють)

26. Яким напрямком РВК або РЗІ гадає використати лікаря після повернення з курсів (наприклад:—чи повертається до попередньої роботи, чи призначається на інші). Зазначити в яку установу й на яку роботу, з характером цієї роботи

Підпис РВК або РЗІ:

10. Про порядок відрядження лікарів для підвищення кваліфікації та спеціялізації

До всіх районних і міських здоровінспектур та водсанупру. Копія до НКОЗ АМСРР

На додаток до попередніх вказівок НКОЗ пропонує відряджувати лікарів із районів для підвищення кваліфікації та спеціялізації на курси удосконалення та індивідуально, кожного разу наперед погоджуючи справу із відповідним інститутом удосконалення лікарів.

Щодо відряджень до РСФРР, то такі дозволяються проводити лише через сектор кадрів НКОЗ. Це розпорядження має на меті належно сплянувати навантаження наукових баз інститутів та запобігти марній витраті часу відряджуваними лікарями.

Заст. Наркомздоров'я **Кустеляи**

Ст. інспектор сектора кадрів **Бродер**

(Об. розп. НКОЗ з 20 січня 1932 р. № 616-17)

11. Про склад конкурсних комісій

До всіх наукових та науково-учбових інститутів

Наркомздоров'я знову підкреслює, що склад конкурсних комісій в справах підбору інтернів та аспірантів залишається той самий, що його було встановлено положенням про заміщення посад у медустановах (див. постанову НКОЗ з 18 листопада 1930 р. № 13-610).

Нарком охорони здоров'я **Канторович**

(Об. розп. НКОЗ з 30 грудня 1931 р. № 616-12)

12. Про пільги для дітей медперсоналу

До всіх ВИШ'ів і технікумів

За повідомленням НКОздоров'я ВИШ'і і технікуми, приймаючи дітей медробітників для навчання, не додержуються правил арт. 8 Постанови ВУЦВК і РНК УСРР з 5 травня 1931 р. „Про поліпшення матеріяльно-побутового стану медичного персоналу" (Зб. Зак. УСРР 1931 р. № 16 арт. 141).

За цим артикулом дітям тих медичних робітників, що працювали в робітничих селищах і сільських місцевостях найменш три роки, надається пільгові умови нарівні з дітьми робітників щодо вступу до установ соціяльного виховання та середньої і вищої школи, безплатного навчання в них і забезпечення стипендіями.

Отже НКОсвіти пропонує всім ВИШ'ам і технікумам, приймаючи дітей вишезгаданих медробітників, неухильно додержуватися правил, встановлених в законі з 5 травня 1931 р. та директив, що їх дав НКО в листі від 18 вересня 31 р. № 934 щодо медперсонала.

Заст. Наркомосвіти **Карпеко**

(Надрук. у бюл. НКО №60 за 1931 р.)

13. Про уважне ставлення до медичних фахівців

(на виконання настановлень т. Сталіна)

До всіх райздоровінспекторів. Копія до голів РВК

Розвиток справи охорони здоров'я і забезпечення населення в першу чергу індустріяльного пролетаріяту та колективного сектору села медично-санітарним обслуговуванням залежить в сей час головно від наявности кадрів відповідних фахівців-медробітників. Та гостра криза, яка почувається тепер, вимагає надзвичайно обережного підходу до справи використання наявних кадрів їх планового розподілу; зокрема потрібна боротьба з плинністю кадрів, яка тепер за словами т. Сталіна „перетворилась на бич виробництва".

Дані НКЗдоров'я свідчать про надзвичайну плинність медичних кадрів по районах. Ця плинність, яка загрожує нормальній роботі мережі мед. сан. установ, в основному викликається тими часто густо неприємними умовами роботи, в яких опиняються медробітник.

Відсутність кватир, ненадання харчування, невидання промкраму, відсутність транспорту, безпідставні притягнення до суду ось головні причини плинности. НКЗдоров'я підкреслює, що ця плинність спостерігається головно серед молодих радянських фахівців, тоб-то місцеві органи не змогли досить гарно прийняти ту нову радянську інтелігенцію, яка їде працювати на села, яка вийшла з робітничо-селянської кляси та є його невідійманою частиною.

„Щоб закріпити робітників за підприємством, потрібні ще дальше поліпшення постачання і житлових умов робітників".

Ось гасло, яке висунув т. Сталін в своїй промові на нараді господарників, тим більш, що, як він сказав у тій самій промові „Наш радянський робітник хоче жити, задовольнивши всі свої матеріяльні та культурні потреби, він має на це право і ми повинні йому забезпечити ці умови".

Всі районові органи повинні урахувати, що ухід лікаря — це прорив, який іноді тяжко ліквідувати, бо часто неможна замінити лікаря, що залишив район. Треба раз назавжди запам'ятати, що фахівець є певна культурно-виробнича цінність, і район повинен бути заінтересований, щоб цей фахівець дав максимум корисної виробничої роботи. Зокрема райвиконкоми та сільради повинні подбати не тільки про те, щоб утворити гарні матеріяльні умови для фахівців, але також і про те, щоб утворити навколо цих фахівців-лікарів та середнього медперсоналу атмосферу дружнього та товариського ставлення від районових робітників та населення. Райвиконкоми повинні всіляко допомагати медробітникам в їхній щоденній роботі щодо оздоровлення праці й побуту, намагаючись утворити такі умови робіт щоб медробітники на'їхали на периферію лише „відслужувати", чекаючи на той моменту, коли можна буде повернутись до міста, як це іноді трапляється, але їхали б з охотою, щоб взяти активну участь в будуванні нового здорового соціялістичного життя.

Наркомздоров'я **Канторович**

(Об. розп. НКОЗ з 25 січня 1932 р. № 16 — 610).

14. Про відрядження периферійних лікарів для роботи на курортах УСРР.—

До всіх районних інспектур охорони здоров'я.

Минулого року Наркомздоров'я надіслав лист до РЗІ (див. бюлетень НКОЗ 1931 р. № 1), щоб виділили вони, особливо ж промислові райони, найкваліфікованіших лікарів для роботи протягом літнього сезону на українських курортах.

Проте, у наслідок байдужого ставлення багатьох РЗІ до цього питання, сталося так, що майже жодного лікаря з периферії не було минулого сезону на українських курортах.

Вважаючи це питання за серйозне, НКОЗ знову звертається із пропозицією виділити, за змогою, кваліфікованих лікарів для роботи протягом наступного літнього сезону 1932 року на курортах УСРР. Такий порядок, безперечно, піднесе справу відбору хворих на курорти, ознайомить лікарів периферії з лікувальними факторами та методами лікування на курортах, даючи водночас змогу як найкраще підійти до вивчення віддалених наслідків санаторно-курортового лікування.

Досвід минулого року, коли самі лікарі подавали заяви до УКУ, довів недоцільність такої методи. Ось чому НКОЗ вважає за найліпше, щоб самі РЗІ подавали прізвища тих лікарів, яких вони вважають за потрібне відрядити для роботи на курортах.

НКОЗ чекатиме на відповіді районів до 15 березня для того, щоб була змога урахувати контингент периферійних лікарів, та щоб останнім забронювати належну кількість місць на курортах. Щодо умов роботи, то про це оголошено в окремій об'яві.

Заст. Наркомздоров'я Саратиков

Заст. Нач. Укркурупру Мірер

(Об. розп. НКОЗ з 5 січня 1932 року).—

ОЗДОРОВЛЕННЯ ПОБУТУ. БОРОТЬБА З ЕПІДЕМІЯМИ.

15. Про роботу в справі віспощеплення*)

До всіх районних і міських здоровінспектур, МСУ нових будівництв, до уповноваженого НКОЗ в Одесі тов. Волкового, до уповноваженого НКОЗ в Києві тов. Брилянта. Копія до НКОЗ АМСРР та медсансектора Уповнаркомшляхів

За відомостями, що є в Наркомздоров'я, останнім часом помічається зовсім неприпустиме ставлення лікарів охматдиту та ОЗДП щодо переведення вакцинацій та ревакцинацій проти віспи.

Не зважаючи на неодноразове нагадування і вказівки від Наркомздоров'я, більшість консультацій не переводять віспощеплення, як правило, як повсякденну роботу. Те ж саме помічається і по школах. Ревакцинацію школярів не переводиться за певним пляном і цій роботі не приділено зовсім будь якої уваги.

Отже, Наркомздоров'я востаннє пропонує таке: по всіх консультаціях кожній дитині, що відвідає консультацію, треба робити віспощеплення. Щодо ревакцинації по школах, то треба тепер уже негайно разом із санорганізацією проробити певного пляну та приступити тепер же до ревакцинації проти віспи, в першу чергу першої та сьомої груп з таким розрахунком, щоб за січень місяць всю ревакцинацію проти віспи було закінчено. У цій роботі повинні взяти найактивнішу участь самі лікарі ОЗДП. На допомогу їм санітарна організація повинна виділити певну кількість загонів. Там, де немає лікарів ОЗДП, ця робота повинна провадитися спеціяльно виділеним загоном за відповідальністю дільничого лікаря і ревакцинацію треба теж закінчити до лютого місяця.

Заст. Наркомздоров'я Кустелян.

Заст. кер. групи Охматдит Федятова.

Затвердив:
Заступник Наркомздоров'я
С. Саратиков.

25 січня 1932 р.

15-а. ІНСТРУКЦІЯ

як провадити дезінфекцію дворів і надвірних покидькових сховищ.

Щоб забезпечити відповідне утримування дворів, додержування в них санітарних правил і норм збирання, переховування та усунення бруду й покидів, що чимало важить у справі оздоровлення залюднених місць і попередження інфекційних хвороб, Наркомздоров'я пропонує виконувати такі правила:

1. Поряд виконання вимог щодо водонепроникливости надвірних сховищ покидів, закривання їх з усіх боків, щодо регулярного вивозу бруду та сміття, треба ще систематично провадити механічне чищення і профілактичну дезінфекцію дворів і дворових сховищ для покидів.

П р и м і т к а: Крім заходів винищування джерел інфекційних, профілактична дезінфекція дворів і надвірних покидькових сховищ має ще на меті запобігати відкладанню мушиних яєчок та знешкоджувати місця їхнього виплоду.

*) Розіслано на початку січня 1932 р. — Ред.

2. Профілактичну дезінфекцію треба застосовувати по вигребних ямах, помийнях, смітницях та інших забруднених ділянках дворів, стокових рештаків тощо.

3. Для дезінфекції вживають переважно хлорового вапна. Останнє треба переховувати в закритому посуді, в сухому темному місці. Хлорового вапна вживають 5—10% водного розчину (600—1000 грам на відро води), причому розчин треба виготовляти саме перед дезінфекцією.

> Примітка: Хлорове вапно можна замінювати, хоча й з меншою ефективністю, 20% вапняним молоком (нелюсоване вапно гасять однаковою, за обсягом, кількістю води): це люсоване вапно потім змішують із подвійною, за обсягом, кількістю води).

Через те, що хлорове вапно можна легко й дешево придбати, причому воно дає позитивний дезінфекційний ефект; застосовувати його треба переважно перед іншими деззасобами.

4. Техніка дезінфекції окремих об'єктів.

Дезінфекція вбиралень: а) поверхню нечистот заливають не менше одного разу на 5 день суцільним шаром 5—10% розчину хлорового вапна; б) сідці (стульчаки), підлогу, стіни механічно очищують і дезінфекують 10% розчином хлорового вапна; в) ватер-клозетні чашки та пісуари щодня старанно чистять та обливають водою.

Дезінфекція помиєнь: а) поверхню помиїв заливають один раз на п'ять днів суцільним шаром 5—10% розчину хлорового вапна; б) покришку та ґрати обливають водою та дезінфекують 5—10% розчином хлорового вапна.

Дезінфекція смітниць: а) поверхню покидів один раз на 5 день заливають суцільним шаром 5—10% розчину хлорового вапна; б) після випорожнення смітниці середину її старанно обводнюють 5—10% розчином хлорового вапна.

5. Дезінфекція забруднених дільниць двору і стокових рештаків провадиться так: вичистивши із забруднених надвірних дільниць бруд та покиди й зібравши її у відповідні приймачі, обводнюють дільниці 5—10% водним розчином хлорового вапна.

Стічні рештаки по дворах періодично обводнюють 5—10% розчином хлорового вапна.

> Примітка: Хлорове вапно можна, за належних умов, зберігати (в сухому та темному місці й добре закритому посуді) протягом $1^1/_2$—2 місяців, після чого треба обов'язково перевірити якість вапна, скільки в ньому міститься вільного хлору (вільного хлору в хлоровому вапні повинно бути не менше 20%).

16. Про мобілізацію коштів на боротьбу з епідеміями

До всіх міських і районних інспектур охорони здоров'я

З місцевих бюджетів та з місцевих фондів медичної допомоги застрахованим у розпорядження районних та міських інспектур охорони здоров'я виділено певні суми на боротьбу з епідеміями.

Водночас здоровінспектури одержують кошти на боротьбу з епідеміями із централізованих фондів від Наркомздоров'я і безпосередньо, і через страхові каси.

Не зважаючи на те, що здоровінспектури майже завжди заявляють, що виділених у їхнє розпорядження коштів на боротьбу з епідеміями недосить, часто доводиться спостерігати випадки не тільки недостатньої мобілізації коштів на боротьбу з епідеміями, але й неправильного — не за прямим призначенням — витрачання коштів, асигнованих на протиепідемічні заходи.

Виходячи із потреби максимально забезпечити коштами справу боротьби з епідеміями, Наркомздоров'я пропонує:

1. Негайно припинити й не припускати надалі витрачати протиепідемічні кошти на інші потреби. Винних у порушенні притягати до відповідальности.

2. Завжди вживати заходів до максимального обертання на справу боротьби з епідеміями економії з місцевого бюджету та з фонду меддопомоги застрахованим та доасигнування додаткових коштів з місцевого бюджету.

3. Скласти негайно пляни мобілізації коштів на боротьбу з епідеміями. У видатковій частині пляну відбити всі ті оперативні заходи, що їх треба здійснити для ліквідації та попередження епідемій, як от: організація та утримання щепільних загонів, розгортання й утримання додаткових інфекційних ліжок, придбання дезапаратури та деззасобів тощо.

У прибутковій частині слід фіксувати, які саме організації й які суми треба асигнувати на боротьбу з епідеміями. Показавши асигнування з місцевого бюджету та з фонду медичної допомоги застрахованим, тут слід відбити також і кошти промисловости та громадських організацій.

Складений та схвалений від місцевої надзвичайної комісії у справі боротьби з епідеміями плян мобілізації коштів на протиепідемічні заходи слід подати на затвердження до президії райвиконкому або міської ради.

Після затвердження пляну вжити заходів до повної його реалізації, зосередивши всі суми на поточному рахункові здоровінспектури.

4. Повідомляти НКОЗ про всі моменти, що перешкоджають стовідсотковому виконанню пляна.

Заст. Наркомздоров'я УСРР **Саратіков**

Керівник групи фондів та місцевих бюджетів **Санжур**

(Об. розп. НКОЗ № 520—11 з 20 січня 1932 р.)

17. Про прикріплення лікарів до їдалень і гуртожитків та оплату роботи цих лікарів

До всіх заводо та рудоуправлінь, до директорів трестів громадського харчування та харчової промисловости

Щоб посилити санітарний нагляд за підприємствами громхарчування, робітничими гуртожитками, підприємствами харчової промисловости, робітничими селищами та промпідприємствами НКОЗ погодив з ВРНГ, Наркомпостачання, Вукопхарчем і Доннархарчем питання про прикріплення до кожного об'єкту лікарів незалежно від їх фаху, за сумісництвом, за рахунок господарчих органів.

Проведення в життя цього заходу треба розпочати першого січня, 1932 року за таким принципом прикріплення:

1. До їдалень з перепускною спроможністю:

а) до 1000 страв — 1 лікар на 5 їдалень з оплатою 50% ставки санлікаря;

б) з кількістю страв до 6000 — 1 лікар на 2 їдальні з оплатою 50% ставки санлікаря;

в) з кількістю страв 6000—10000 — 1 лікар на 1 їдальню з оплатою 50% ставки лікаря;

г) з кількістю страв понад 10000 — 1 лікар на 1 їдальню з оплатою 100% ставки санлікаря.

Оплата лікарям, які прикріплюються до їдалень, переводиться місцевою кооперацією або трестами Доннархарчу за належністю.

2. До підприємств харчової промисловости:

а) невеликих пекарень, ковбасних, кондитерських, різниць і інш. підприємств по 1 лікарю на кожні 3-4 підприємства з оплатою 50% ставки санлікаря;

б) до харчових підприємств з кількістю робітників від 100 — 300 — один лікар на 1-2 підприємства з оплатою 50% ставки санлікаря;

в) до великих харчових підприємств з кількістю робітників понад 300 — один лікар на 1 підприємство з оплатою 100% ставки санлікаря.

Сплата переводиться відповідною господарчою організацією, кому належать ці підприємства.

3. До гуртожитків — одного лікаря на 6 гуртожитків з оплатою 50% ставки санітарного лікаря за рахунок відповідного завода або рудоуправління.

4. До робітничих селищ — одного лікаря на кожні 1000 робітників, які мешкають в селищі, з оплатою 50% ставки санлікаря.

5. До всіх промпідприємств за нормами, що їх встановив НКОЗ з оплатою 50% ставки санлікаря — коштом завода та рудоуправління.

Голова ВРНГ Сухомлін

Наркомздоров'я Канторовіч

Наркомпостачання Танков

Голова правління Вукопхарч Богданова

Голова правління Доннархарч Каменський

м. Харків 29 грудня 1931 року.

ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ЧАСТИНА

Затвердила:

Заст. Наркомздоров'я Кустолян

18. РЕЗОЛЮЦІЯ

Наради головлікарів найбільших лікарень на Україні про стан реалізації шости настановлень т. Сталіна

(*Нарада відбулася при НКОЗ 15—16 листопада 1931 р.*)

1. Заслухавши доповіді з місць, нарада констатує, що широкі маси медробітників вже конкретно розпочали реалізацію шости умов т. Сталіна та перебудовують всю роботу лікустанов напрямком практичного здійснення їх.

2. Нарада відмічає низку досягнень показового характеру, що їх домоглися окремі лікарні (Кремінчук, Дніпропетровське, Київ та інш.).

3. Водночас нарада констатує, що досі немає ще в цій справі єдиної методології, немає єдиних принципів та схем складання господарчо-оперативних плянів окремими установами та окремими відділками.

4. Отже, щоб забезпечити максимальні досягнення в справі участи лікустанов у виконанні промфінплянів в народньому господарстві, значно підвищивши якість стаціонарної допомоги, скоротивши терміни захворування, щоб домогтися загального зниження захворувальности, нарада вважає за потрібне загострити увагу на нижчеперелічених заходах, які випливають з правильного розуміння та практичного здійснювання шости умов т. Сталіна в роботі стаціонарів.

а) Робота лікарні повинна будуватися на базі певного оперативно-господарчого пляну, який повинна скласти кожна лікарня. Крім загального пляну усієї лікарні, такий плян повинен мати кожний окремий відділок. Плян повинен охопити усю лікувальну, наукову та господарчу діяльність установи або відділку в наявністю відокремленого кошториса та повинен здійснюватись через максимальне запровадження госпрозрахунку між окремими відділками.

б) Для цього треба опрацювати та визначити калькуляційну вартість низки окремих елементів, як харчування, палива, медпостачання, прання тощо.

в) Максимально втілювати елементи відрядности, запроваджуючи їх в першу чергу в галузях роботи, які легко піддаються обліку, як робота транспорту, пральні, підсобних майстерень (слюсарі, теслярі тощо), ляборатоpій, аптеки, рентгену та інш.

г) Максимально розгорнути та в найкоротший термін закінчити роботу щодо знищення знеосібки, запроваджуючи одноособову відповідальність кожного робітника за доручену йому справу зверху аж до низу. Для правильного здійснення цього треба детально розмежувати функції між окремими робітниками відділків, розподілити окремі види роботи відділка між певними особами, прикріпити певних осіб до певних хворих, палат, майна, забезпечуючи тим самим виконання певних функцій та відповідальности на окремих ділянках відділків. Треба встановити повну матеріяльну та моральну відповідальність кожного робітника за доручено

кому майно. Слід скласти розпис змін з таким розрахунком, щоб найважливіші та найвідповідальніші роботи в віддлках покладалися на досвідченіших осіб, як постійна робота (ранкова робота). Зміняти розпис змін лише після певного часу (2 декади — місяць). Найширше використовувати бригадні методи роботи, особливо запроваджуючи це серед нижчого персоналу, виділяючи з числа найдосвідченіших бригадирів.

д) Поставити за найважливіше завдання — піднести якість ліжка, чуло ставитись до хворого, знищити бездушне та казьонне ставлення до нього. Слід поставити хворого в такі умови уваги та чулости, щоб повністю запобігти можливості яких-небудь скарг.

е) Повести рішучу боротьбу із зрівнялівкою в оплаті медперсоналу, застосовуючи диференційовану оплату залежно від стажу, кваліфікації, та особливо, від якости роботи. Максимально стимулюючи соцзмагання та ударництво, виявляти кращі зразки якости роботи, відзначаючи це широким наданням премій. Вважати за конче потрібне надати головлікареві право утворювати преміяльні фонди коштом реальної економії, що стає в наслідок раціонального запровадження роботи, ощадного ставлення до витрат та майна. Так само вважати за потрібне надати головлікарям право оперувати своїми ресурсами, щоб у межах, встановлених законом, мали вони змогу пристосовувати диференційовану систему оплати праці.

ж) Максимально втілювати елементи раціоналізації та механізації окремих процесів роботи замінюючи, де тільки можна, фізичну працю механізмами: приставку їжі, транспортування хворих, утворення пересувних перев'язувальних столів, ліжок, умивальників, запровадження дзвінкової та сигнальної системи, домофонів, удосконалених плювальниць тощо. У цій справі сектор раціоналізації, стандартизації та винахідництва повинен провести значну роботу, опрацьовуючи типи та стандарти обладнання, утворити спеціяльний фонд преміювання в цій справі, а також ужити заходів до розвинення масового виробництва та запровадження в життя винаходів.

з) Окреме та значне місце в роботі кожної лікустанови мусить забрати питання підготови кадрів. Щоб уникнути самопливу, треба складати умови з підшефними колгоспами, житлокоопами, з філіями спілки Нархарч, забезпечуючи тим самим прибування до стаціонарів потрібної робітної сили. Нових робітників треба прикріплювати до певних осіб, що мають напочатку їх навчати та інструктувати.

Далі, щоб утворити перспективи в роботі, розгорнути ряд різних курсів підвищення кваліфікації, починаючи з „опорівських" курсів, курсів підготовки до вступу — в технікуми, курсів підготови санітарок на сестер підготовних курсів до ВИШ'ів; на базі лікарень утворювати технікуми.

Щоб заохочувати до навчання, треба якнайбільше допомагати особам, що навчаються, пристосовуючи години їхньої роботи до годин навчання утворювати для дітей учнів ясла й майданчики, ввести для стимулювання систему премій особам, що навчаються та тим, що вчать.

і) В галузі поліпшення матеріяльно-побутових умов слід вжити низку заходів до забезпечення медробітників житлом, організації ясел, дитмайданчиків, відкривати їдальні, забезпечувати їх продуктами сільського господарства утворюючи колективні городи, як і допомагаючи в цій справі коштом власного господарства лікарні.

к) Невідкладна робота лікустанов—це поліпшити харчування хорих. Тому нарада закликає усі лікустанови до певного здійснення директив, наданих НКОЗ, щодо утворення власних господарств, радгоспів при лікарнях, максимального розвинення скотарства та тваринництва.

л) Висуваючи ці всі пропозиції, скеровані на підвищення якости ліжка, нарада одночасно зважає за потрібне, щоб якнайчіткіше обслуговувати провідні групи робітників та ударників відокремити спеціяльні відділки, там, де це можливо, окремі лікарні спеціяльно для обслуговування цих груп. В лікарнях, де це неможливо, нарада вважає за потрібне відокремлювати для обслуговування ударників спеціяльні палати. На цих відділках та палатах треба сконцентрувати максимальну увагу щодо постановки найкращого обслуговування.

м) Нарада вважає, що директиви партії та уряду, а зокрема запровадження в життя шости принципів Сталіна лише тоді будуть реально здійснені, коли до практичного здійснення їх буде притягнуто усю масу медробітників, за широкого застосування соцзмагання та ударництва.

н) Правильне здійснення всіх поставлених завдань вимагає надання головлікарям права вільно маневрувати ресурсами та бюджетом лікарні та звільнення лікарів від дрібного опікування від райвиків та фінорганів.

Виходячи із зазначеного, нарада вважає за потрібне перейти з 1932 р. на систему складання та затвердження бюджетів лікарні, виходячи з пересічної диференційованої вартости ліжка-року, на базі яких складати деталізовані кошториси. Разом із цим нарада вважає за цілком неприпустиму практику вилучення коштів із затверджених бюджетів лікарні, а також спецкоштів, що їх мають лікарні з платної допомоги, підсобного господарства тощо та доручає НКЗдоров'я поставити ці питання перед відповідними органами.

о) Накреслюючи всі вищенаведені заходи, що їх повинні здійснювати лікарні, нарада вважає, що НКЗдоров'я й собі повинен в найкоротший термін пророблти в практичному розрізі та надати місцям перелік заходів, зв'язаних із запровадженням в життя шости принципів т. Сталіна, а також принципи, методику та схему складання оперативно-господарчих плянів.

п) Відмічаючи, що чинні тепер посадові положення та інструкції в лікарнях зовсім не пов'язані з новими завданнями, які стоять перед лікарнями, нарада вважає за потрібне, щоб НКЗдоров'я в найкоротший термін розробив нові посадові інструкції по лікарні.

19. Про точний облік усіх душевно-хворих та психо-невротиків хлопців віком од 17 років і старше, що перебувають на лікуванні в психо-невро-установах.

До всіх РЗІ, МЗІ, до директорів Укр. державних психоневрологічних інститутів інституту психіятрії та всіх психлікарень.
До завідателів психо-невро- та нарко-диспансерів.
Копія до районових військових комісарів.

Відбір молоді призовного віку, що її кожного року, призивають до лав робітничо-селянської Червоної Армії, має багато дефектів щодо своєчасного виявлення та відсіву тих, що перенесли ріжні форми душевних хвороб, або хворіють на тяжкі психо-неврози, епілепсію тощо.

Цей контингент молодих людей, потрапляючи в армію, зазнає частенько загострення психо неврологічного свого стану та душевної хвороби, не може впоратися з бойовою учобою, через що виникає плинність червоноармійського складу за причинами захворування нервопсихічної сфери тощо. Надалі частина таких хорих раніше або пізніше звільняється із РСЧА, друга частина лишається на військовій службі, створюючи собою тип нестійкого, мало встигаючого, недосить дисциплінованого червоноармійця, — це в разі їхнього стану здоров'я своєчасно не оскідкує психо-невролог фахівець. Такий дефект відбору має своїм наслідком те, що знижується кількість повноцінних бійців, що їх щороку підготовлює армія, спричиняє значні недоцільні витрати матеріяльним коштів та сил кадрів РСЧА. Зважаючи на те, що ми маємо недосить розгорнену мережу психоневрологічних установ на Україні та що на місцях (в райцентрах і сільських місцевостях) бракує лікарів психоневрологічного ухилу, що мали б змогу під час роботи призовних комісій допомагати своєю консультацією лікарям цих комісій, Наркомздоров'я УСРР, погодивши справу із штабом УВО пропонує психоневрологічним установам на місцях завести точний облік усіх душевно хворих та психоневротиків хлопців віком з 17 років і старше, що перебували на стаціонарному або амбуляторному лікування в згаданих лікустановах, а до початку чергового призову (у серпні місяці) подавати відомості про цих хворих до відповідних райвійськоматів.

Ці відомості треба подавати за такою фромою:

До
До райвійськомату,

ВІДОМОСТІ

Про громадян народження 19 . . . р., що підлягають черговому призову до РСЧА, які перебули на лікуванні в психлікарні (психо-невро-диспансері, або іншій подібній установі)

№№ за чер.	Прізвище, ім'я та по батькові	Число й місяць народження.	Точна адреса, де проживав хворим до вступу в лікарню	Коли перебував у лікарні і № історії хвороби	Установлена форма душев. захорув. або психоневрозу (діягноза)

Дата. Підпис.

Своєчасне подання цих відомостей до райвійськоматів дасть змогу лікарям призовних комісій підчас призову зробити потрібну фільтрацію призовників, тим самим запобігши прониканню до військових частин РСЧА психічно неповноцінних осіб.

Райвійськоматам треба стежити, щоб своєчасно дістравати від відповідних психоневрологічних установ відомостей до кожного чергового призову.

Заст. Народнього комісара охорони здоров'я Кустоляи

Начальник штаба УВО Кучинський

з ВСУ УВО погоджено: Тво нач. ВСУ УВО Рибін.

(Спільне об. розп. ПКОЗ і УВО № 17 — 15 — 1808).

20. Про надання меддопомоги особам, що за умовами своєї роботи перебувають у відрядженнях

До всіх міськздоровінспектур, до всіх райздоровінспектур.

Багато робітників і службовців, що лічаться на роботі в ріжних центральних і міжрайонових установах, де вони отримують зарплату та за них сплачуються страхові внески, позбавлені можливости користувати з систематичної меддопомоги в місці своєї постійної роботи через те, що за умовами своєї роботи згадані робітники й службовці більшу частину свого часу перебувають у відрядженнях в інших місцевостях.

За відомостями, що надходять до НКОЗ по деяких місцях (напр в Кам'янці-Под. та інш.) таким особам відмовляють надавати меддопомогу на тій, мовляв, підставі, що страхові внески за них сплачуються не по місцю звертання цих осіб по меддопомогу.

Наркомздоров'я пропонує: в разі такі особи звертаються по меддопомогу, надавати їм таку беззвідмовно, незалежно від того, де сплачуються за них страхвнески.

Заст. Наркомздоров'я Кустоляи

(Об. розп. НКОЗ 12 січня 1932 р. № 316 — 23)

21. Про неприпустимість ліквідації медсанзакладів у зв'язку з переходом медсанмережі на систему єдиного диспансера

До всіх міських і районних інспектур охорони здоров'я.

За відомостями, що має Наркомздоров'я, місцеві органи охорони здоров'я, перебудовуючи медично-санітарну мережу за системою єдиного диспансера, припускають ліквідацію та скорочення окремих лікустанов; наслідком цього стає так, що замість правити за засіб поліпшення медсандопомоги та наближення її до працюючих, реорганізація за системою єдиного диспансеру призводить до погіршення кваліфікації медичної допомоги й до зниження кількісних показників забезпечення нею людности.

Звертаючи на це увагу районних та міських здоровінспектур, Наркомздоров'я категорично пропонує підчас організації єдиних диспансерів, не припускаючи будьякого скорочення наявної мережі, обмежуючись лише відповідною перебудовою організації й роботи установ, що повинні ввійти до складу єдиного диспансера. За цього неможна зменшувати кількість та перепускну спроможність відповідних відділків єдиного диспансера, що утворюються на базі цих установ.

Заст. Наркомздоров'я УСРР Кустолян

(Об. лист НКОЗ з 9 січня 1932 р.).

22. УМОВА

на медсанобслуговування установами охорони здоров'я членів промкооперації

Маючи на меті ввести медсанобслуговування застрахованих членів промкооперації до загального пляну здоровоохорони й встановити одноманітну систему такого медсанобслуговування на 1932 рік, нижчепідписані, з одного боку - Народній Комісаріят охорони здоров'я УСРР, що далі зветься „НАРКОМЗДОРОВ'Я“, в особі Заступника Народнього Комісара т. КУСТЕЛЯН М. О і з другого боку - Бюро Всеукраїнського Союзу кас взаємного страхування і Взаємодопомоги членів промислової кооперації, що далі зватиметься „ВУКОПРОМСОЮЗКАС“, в особі Голови т. БУЩЕВА Н. К., склали між собою умову в нижчезазначеному:

1. Органи охорони здоров'я на місцях через всі підлеглі медустанови, а також через установи, що їх буде відкривати НКОЗ загальним порядком і на підставі цієї умови — надають застрахованим, що увіходять до системи кас взаємного страхування членам промкооперації всіляку медико-санітарну допомогу нарівні з відповідними групами застрахованих лінією страхування а саме:

а) першу допомогу на підприємствах, організуючи для цього спеціяльні пункти першої допомоги, згідно з чинними в цій галузі правилами для підприємств держпромисловости;

б) амбуляторну-поліклінічну допомогу з усіх фахів;

в) допомогу вдома;

г) стаціонарну допомогу в місцевих лікувальних установах, так районного, як і міжрайонного типу;

д) пологодопомогу;

е) переведення абортів у стаціонарах на тих самих умовах, що існують для застрахованих по соцстраху;

ж) медикаментозну допомогу;

і) рентгендопомогу;

к) допомогу через установи для боротьби з соціяльними захворуваннями (туб., вен., психо нарко та інші диспансери);

л) допомогу в установах охорони дитинства та материнства та охорони дітей і підлітків;

м) санітарно-освітнє обслуговування за пляном, що опрацьовують на місцях міськ. та райздоровінспектури, погоджуючи це з промстрахкасами;

н) обслуговування підприємств промкооперації промсандоглядом;

о) спеціяльні види допомоги — фізіотерапевтично-амбуляторного і стаціонарного типу, місцеві санаторії, протезування (окуляри, штучні зуби, анатомічні та лікувальні протези тощо) однаково з відповідними групами застрахованих лінією соцстраху.

2. Прийом дітей до ясел та дитячих оздоровних установ здоровінспектури провадять на кошти, що надходять до них від промстрахкас на підставі цього договора, витрачаючи на цю мету не менш 7% цих надходжень.

Незалежно від вищенаведених заходів Вукопромсоюзкас здійснює заходи в галузі колективізації та оздоровлення побуту дітей застрахованих членів промкооперації, згідно з постановою ВУЦВК'у і РНК УСРР з 5 березня 1930 року в цій справі (Зб. Уз. УСРР 1930 р., ч. 7. арт. 83).

3. Відрядження хворих членів промстрахкас на спеціяльне лікування до великих центрів (Харків, Київ, Одеса) провадять органи охорони здоров'я на однакових засадах із застрахованими лінією держсоцстраху.

4. Органи охорони здоров'я, відряджуючи хворих на лікування із районних до міжрайонних установ, або до великих центрів, повинні платити застрахованим членам промкооперації вартість проїзду добові, кватирні та інші на однакових із застрахованими, лінією соцстраху. засадах.

5. У разі органи охорони здоров'я запроваджують у тих або інших районах диспансеризацію лінією працюючих і держпромисловості, то РЗІ та МЗІ повинні на однакових засадах диспансеризувати також і відповідні групи членів промкооперації.

6. Органи охорони здоров'я повинні провадити попередній огляд членів промстрахкас через Бюра лікарської експертизи, щоб визначити інвалідність та її ступені.

Примітка: Підчас огляду членів промстрахкас, у роботі БЛЕ бере участь представник промстрахкаси.

7. Органи охорони здоров'я, що обслуговують застрахованих системи промкооперації, видають листки про непрацездатність, провадять попередній огляд кустарів, що вступають до членів промстрахкас.

8. Для визначення потреби в санаторно-курортній допомозі застрахованим членам промкооперації, органи охорони здоров'я повинні виділяти спеціяльних лікарів для роботи в ЛКК.

9. До громадських організацій сприяння здоровоохорони при установах, що провадять медично-санітарне обслуговування членів промстрахкас, входять представники кас і обслуговуваних підприємств промкооперації.

10. Поруч застрахованих кустарів та їхніх родин обслуговуються також пенсіонери, студенти та їхні утриманці.

11. Щоб найповніше здійснювати медобслуговування застрахованих кустарів, органи охорони здоров'я повинні поширювати пропускну спроможність лікувальних установ, запроваджуючи додаткові години прийому, додаткові ліжка в стаціонарах, додаткові штати лікарів та іншого персоналу так, щоб установи здатні були приймати застрахованих членів промкооперації.

12. На виконання зазначеного в п. 11 НаркомздоРов'я повинен, складаючи пляни й кошториси на 1932 рік, а також затверджуючи оперативні пляни та кошториси місцевих органів, охорони здоров'я, забезпечити певними фінансовими ресурсами, в межах, затверджених для кожного району лімітів, всі заходи, скеровані на найповніше медсанобслуговування членів промкооперації за цією умовою, погоджуючи накреслені заходи з Вукосоюзкас.

13. За все вищезазначене медсанобслуговування застрахованих членів промкооперації Вукопромсоюзкас сплачує 28% страхових внесків, що фактично надійдуть протягом 1932 року по тих районах, де обслуговуватимуться застраховані члени промкооперації виключно установами органів охорони здоров'я.

Примітка: 1. У місцях, де промстрахкаси здійснюють медсанобслуговування своєю мережею лікувальних ус анов або в медустановах інших організацій — меддопомогу, що не вистачає, РЗІ повинні надавати на умовах собівартости.

Примітка: 2. В установах здоровінспектур відкритого типу меддопомога надається застрахованим безплатно.

14. До з'ясування фактичної суми надходжень по страхових внесках і розміру 28% цих надходжень, Наркомздоров'я спільно з Вукопромсоюзкас розподіляють попередньо між тими районами, що в них члени промкооперації обслуговуватимуться виключно від органів охорони здоров'я, 80% коштів, що передбачені на витрачання на медичне обслуговування застрахованих на 1932 рік, виходячи умовно з розміру відраховань на одного застрахованого 20 карб. на рік і середньо річної кількости застрахованих 351.814 чол., за винятком кількости застрахованих по тих районах, де медсанобслуговування провадять установи Вукомпромсоюзкас, або установи інших організацій.

15. Встановлені згідно з п. 14 асигнування окремим райздоровінспектурами на медсанобслуговування застрахованих членів промкооперації, промстрахкаси сплачують безпосередньо РЗІ на місцях щомісячно одну дванадцяту вирахованої річної суми в два терміни: 15 числа поточного й 1 числа наступного місяця.

16. Розмір коштів, що розподіляється поміж окремими РЗІ. згідно з п. 14, визначається після підписання цієї умови на ввесь рік у поквартальному розрізі.

17. На асигновані кошти, згідно з п. 14, Наркомздоров'я спільно з Вукопромсоюзкас, складають спеціяльну відомість, зазначаючи в ній асигнування кожному окремому районові; ця відомість є невідіймана частина цієї умови.

18. Щокварталу Вукопромсоюзкас встановлює фактичний розмір фонду на медсанобслуговування у всеукраїнському маштабі, виходячи з 28% фактичних страхових надходжень тих кас, що яких провадилось обслуговування застрахованих членів промкооперації виключно установами органів охорони здоров'я.

Примітка: 1. У разі виявиться ріжниця між встановленими попередніми асигнуваннями, згідно з п. 14, в розумінні зменшення цих асигнувань, Наркомздоров'я спільно з Вукопромсоюзкас відповідно зменшує асигнування на наступний квартал.

2. У разі виявиться ріжниця між встановленими попередніми асигнуваннами, згідно з п. 14, в розумінні збільшення цих асигнувань, Наркомздоров'я спільно з Вукопромсоюзкас, залежно від потреб того або того району, відповідно збільшує розмір асигнувань на наступний квартал.

19. Встановлення розміру асигнувань окремим РЗІ мусить провадитися з урахуванням потреби району в тих або інших видах меддопомоги для найповнішого обслуговування застрахованих членів промкооперації нарівні з відповідними групами застрахованих лінією держсоцстраху.

20. Райздоровінспектури на місцях, складаючи пляни й кошториси здоровоохорони на 1932 рік, повинні передбачати певні заходи на організацію медсанобслуговування застрахованих кустарів, згідно з п. II цієї умови, погоджуючи такі заходи з відповідними промстрахкасами.

21. Щоб здійснювати контроль за правильним витрачанням коштів, відпущених на обслуговування застрахованих промстрахкас, останнім надається право контролювати виконання зобов'язань, передбачених за цією умовою і обов'язкових для РЗІ.

22 Наркомздоров'я має право перевіряти правильність нараховань та рахунків, що передбачено цією умовою.

23. Ця умова є обов'язковою до виконання для всіх міських та райздоровінспектур та промстрахкас. Промстрахкаси не складають з окремими РЗІ окремих умов. На розвиток цієї умови НКОЗ спільно з Вукосоюзкас видають відповідну інструкцію.

24 Термін чинности цієї умови встановлюється один рік, з 1 січня по 31 грудня 1932 року.

У разі бажання по закінченні чинности цієї умови розірвати її або змінити, сторони обмінюються спеціяльними про це повідомленнями за три місяці.

Якщо не одержано таких повідомлень у встановлений строк, чинність цієї умови механічно продовжується ще на один рік.

Юридичні адреси сторін: Наркомздоров'я — Харків, будинок Держпромисловости.

Вукопромсоюзкас — Харків, Вірменський пров. № 2.

Заст. Народнього Комісара здоровоохорони УСРР Кустелін

Голова бюра Вукопромсоюзкас Бушев

Затвердила:
Заст. Наркомздоров'я *М. Кустеляк*
29 грудня 1931 р.

23. ПРАВИЛА

прийому дітей до культурно-побутових установ НКОЗ

Велике зростання ясельної мережі, а також установ оздоровного типу, що їх було розгорнуто переважно для обслуговування промислового та колгоспного пролетаріяту цього року, ставить завдання про перегляд правил прийому дітей до цих установ і встановлення певної черги прийому дітей тої чи іншої групи.

Досвід місць свідчить, що прийом до цих установ не скрізь переводиться так, щоб було видно чітку клясову лінію; тому Наркомздоров'я встановлює такі правила прийому дітей до ясел і оздоровних установ.

Черговість прийому по містах:

По містах і промцентрах до ясел передусім приймаються діти робітниць провідних галузей промисловости, а саме — вугільної та гірно-рудної, метальової, основної хемії та новобудівель, другою чергою — діти робітниць, що працюють по інших галузях промисловости і третьою чергою — діти службовок.

Увага: 1. Передусім до ясел, що розташовані на підприємствах приймаються діти робітниць цих підприємств.
2. Позачергово приймаються діти ударниць.
3. Діти червоноармійців, червоних партизан, а також діти комскладу при прийомі до ясел дорівнюються до робітниць, зайнятих на виробництвах, розташованих на даній місцевості.
4. Діти наукових робітників і інженерно-технічних робітників та діти робітників спілки МТС приймаються нарівні з дітьми робітників промисловости.

Черговість прийому по селах:

По селах передусім приймаються до ясел діти колгоспниць, комунарів, наймичок, другою чергою — діти робітниць тих виробництв, що розташовані у даній місцевості й третьою чергою — діти біднячок, середнячок, одноосібників, а також діти службовок.

Увага: Діти медичних, інженерно-технічних робітників та вчительства щодо прийому в постійні сільські ясла дорівнюються до дітей колгоспниць.

Прийом до оздоровних установ:

Прийом до оздоровних установ дітей провадиться за таким же принципом, а саме: передусім приймаються діти робітників провідних галузей промисловости і новобудівель, позачергово — діти ударників цих видів промисловости, другою чергою діти службовців.

Увага: 1. Діти наукових робітників, інж.-технічного персоналу, червоноармійців, червоних партизан та комскладу Червоної Армії дорівнюються до дітей робітників.
2. До прийому до оздоровних установ підлягають передусім діти тих окремих груп, що пройшли диспансеризацію.

Затвердила:
Заст. Наркомздоров'я
М. Кустеляк

24. ОСНОВНЕ ПОЛОЖЕННЯ

до організації мережі оздоровних установ для дітей з психо-нервовими порушеннями

А. Загальні передпосилки

На підставі значного досвіду психо-неврологічних і педологічних кабінетів виявлено, що є значна кількість дітей з різними відхиленнями нервово-психічної сфери від найлегших аж до найтяжчих випадків.

Більшість таких дітей створює тяжкі умови для школи, оскільки вони дезорганізують життя групи, так своєю власною поведінкою, як і тим, що утворюють індукцію найбільш нестійкої частини дитячого колективу. Заважаючи групі, вони в зв'язку зі підвищеною роздратованістю, втомлюваністю, емоційною нестійкістю, зниженим пристосування до оточення та іншими особливостями не можуть іти поряд групи й часто-густо відносяться до категорії тих, що не встигають, або до трудно виховуваних.

Без належної допомоги нервово-психічні порушення таких дітей поступово ускладнюються так з біологічного, як і соціяльного боку через те, що такі діти особливо чутливі до всяких недоліків в своєму оточенню, на які реагують погіршенням свого стану та поведінкою,

Основний фронт боротьби із зазначеними порушеннями в дитячому віці треба розгортати в нормовій школі в спосіб обслуговування її єдиним диспансером в розрізі медичної та педагогічної допомоги.

Покажчики до того або того виду допомоги, або ж напрямування в різні оздоровні установи відрізнюються не так щодо нозологічного групування дітей, як ступенем тяжкости стану дитини й характером її патологічних відмін.

Ці останні значно більшою мірою залежать од соціяльних, ніж од біологічних чинників.

Виходячи з цього, треба в кожному окремому випадкові розцінювати умови побуту й навчання дитини, встановивши з цього погляду в основному чотири групи дітей з нервово-психічними порушеннями:

1. Діти, що їх можна оздоровити, не вилучаючи їх із родини й із школи.
2. Діти, що їх можна оздоровити, вилучаючи їх із родини.
3. Діти, що їх можна виправити, вилучаючи їх із школи.
4. Діти, що потрібують тимчасового вилучення їх з родини й із школи та вміщення в спеціяльній медико-виховній установі.

Відповідно до цього рекомендується 4 типи установ для оздоровлення й виправлення поведінки дітей з психо-нервовими порушеннями.

Б. Медичні показники.

1. Невротичні явища соматогенного походження (реконвалесценти), неврози інтоксикаційного походження на ґрунті загальної соматичної неповноцінности тощо.
2. Реактивні неврози різних ступенів тяжкости.
3. Невротичні явища після нервових інфекційних захорувань (хореї, менінгіта і т. ін.).
4. Гістероїдні, неврастенічні та психо-стеноїдні сімптомо-комплекси.
5. Патологічні характери й психопатії легкої форми.

Примітка: Діти з різкими антисоціяльними проявами потрібують особливого типу установ,

В. *Порядок, як направляти.*

1. Відбір до всіх нижчеперелічених установ переводиться через комісію лікарську та соціяльного відбору, до якої притягується представників громадських та партійних організацій.

2. Обидві комісії функціонують при педо-психо-неврологічному кабінеті відділку ОЗДП єдиного диспансеру або відповідної організації в тих місцях де немає єдиного диспансеру.

3. Навколо відбору треба організувати громадську думку батьківської та педагогічної маси, маючи на меті розповсюджувати психо-гігієнічні ідеї оздоровлення школи та боротися з невірним розумінням характеру оздоровних установ для дітей з нервово-психічними порушеннями, бо це іноді ускладнює повернення дітей до звичайної школи.

4. Підчас напрямлення треба сувороураховувати відповідність стану дитини з оздоровними можливостями установи, куди її відряджують, оскільки недосить певний відбір знижує ефективність установи й дискредитує її в очах батьківської та педагогічної маси.

Примітка: Виходячи із указаних міркувань, стає потрібним одночасне розгорнення всіх типів установ, щоб забезпечити диференційований відбір та охопити всі категорії дітей, що потрібують нервово-психічного оздоровлення.

Г. Типи установ;

Майдан для дітей з психо-нервовими порушеннями.

1. Про форми організації й орієнтовний режим зазначено в типології загально соматичних оздоровних установ.

2. Відрізнюючись від оздоровного майдану загального типу, майдан для дітей з психо-нервовими порушеннями будують не при школі, а при єдиному диспансері, бо:

а) організація двох оздоровних установ не завжди приступна для школи;

б) велика перепускна спроможність майдана дає змогу вважати її за тип районової оздоровної установи й тому зручніше існування її при єдиному диспансері;

в) ефективність майдана буде вищою за умови перебування дітей зовсім в інших обставах;

г) спостереження на такому майдані повинен провадити психо-невролог, а цього за недостатности кадрів буде трудніше дійти при школі, крім того бажано використати фізіо-терапевтичні приладдя диспансеру;

3. Штат майдана додатково до того, що є в загальній інструкції, обов'язково повинен розширюватись введенням патронажних сестер для активного втручання та організації родинного середовища дитини та пляновою психо-гігієнічною роботою з батьками.

4. Термін перебування на майдані двохмісячний. В окремих випадках термін можна продовжити, але за умови погодження цього питання з психо-неврологічними й педологічними кабінетами єдиного диспансера.

Нічний санаторій для дітей з психо-нервовими порушеннями

1. Нічний санаторій утворюється не більше, як на 40—50 ліжок (для обох статів), термін перебування встановлюється не менш двох місяців. Термін можна продовжити залежно від випадку, причому обов'язково це питання погоджується з єдиним диспансером, або відповідною організацією там, де такого немає.

2. Оздоровлення доходять через: а) лікувальні заходи; б) лікувально-гігієнічні (правильний режим, відпочинок після обіду, прогулянки, раціональне харчування тощо); в) лікувально-педагогічні — відповідною педагогічною роботою з дітьми, трудотерапією і правильним комуністичним вихованням.

3. Штат нічного санаторія додатково до номенклятури, що є в штатах нічного санаторія звичайного типу, повинен збільшуватись коштом лікаря психо-невролога й патронажних сестер. Останні—для активного втручання та організації побуту всього середовища в родині.

4. Педагогічний штат санаторія треба встановлювати в такий спосіб, щоб на одного педагога припадала дитяча група не більш 15 — 18 дітей.

5. Організовуючи режим нічного санаторія, крім загально-гігієнічних норм, опрацьованих для загально-оздоровного нічного санаторія, треба ще урахувати досвід спеціяльних стаціонарів (санаторій для дітей психо-невротиків, лісових шкіл тощо), обов'язково включаючи працю та фізкультуру.

Школа зі здовженим днем для дітей з психо-нервовими порушеннями

(*Санаторії відкритого типу*)

1. Санаторії відкритого типу мають за мету корекцію лікувально-педагогічними заходів, щодо тих галузей нервово-психічної сфери дитини, що єсою, або іншою мірою неповноцінними й виправлення яких уможливлюється за умови переведення таких форм режиму та педагогічної роботи, що відрізняються від форм роботи масової школи.

Педагогічні заходи мають на меті переважно корегувати поведінку дитини, особливо акцентуючи роботу дитячого самоврядування, а також роботу піонер-організації.

2. Школи, що мають здовжений день (санаторії відкритого типу), перебувають у мережі Наркомосвіти на такій самій засаді, як і допоміжна школа, але з плинним контингентом дітей.

3. Комплектування провадять педологічний та психоневрологічний кабінети єдиного диспансера з участю представника від органів НКО, із числа учнів школи звичайного типу, але не раніше, ніж після скінчення триместру перебування цих учнів у звичайній школі.

Примітка: Кандидати обов'язково затверджується через комісії соціяльного відбору.

4. Термін перебування дитини в санаторіях відкритого типу мусить бути не менше одного року, причому, вживаючи способу диференціювання та індивідуального підходу підчас педпроцесу, школа із здовженим днем повинна зберігти програм звичайної школи, щоб полегшити виправленій дитині перехід в умови нормальної школи.

5. Лікувально-оздоровну роботу здійснює система заходів лікувально-гігієнічного порядку (загальне фізичне оздоровлення, режимо-терапія, психо-терапія) і спільно з педагогічною частиною — трудо-терапією.

6. На чолі школи, що має здовжений день, настановлюють педагога-педолога. До штату треба ввести лікаря — психоневролога. Решту штатної номенклятури будує НКО відповідно до пляну роботи установи, зважаючи на те, що група в такій школі не повинна перевищувати 15 — 18 дітей.

7. Кількість відкриваних груп повинна відповідати потребам міста, або району. Бажано, щоб знизити серед дітей індукцію та утворити спокійніші обстави роботи, будувати групи першого концентру окремо від групи другого концентру.

Санаторій-школа для дітей з психо-нервовими порушеннями

(*Санаторій закритого типу*)

1. У санаторії закритого типу вміщують дітей з найтяжчими формами нервово-психічних порушень, перелічених у показниках.

2. Санаторії закритого типу існують в мережі Наркомздоров'я.

3. Санаторії закритого типу забезпечуються діягностичним відділом (з лябораторією), шкільно-санаторним відділком та фізіотерапевтичними установками.

4. На чолі санаторії-школи закритого типу стоїть головлікар, якого призначає Наркомздоров'я.

5. Кількість ліжок у санаторії закритого типу не повинна перевищувати 50, на одного педагога можна водночас навантажувати дитячу групу не більше 15 дітей.

6. В організації відбору та напрямлення дітей, побудови педагогічного процесу, системи лікувально-виховних заходів, тривалости перебування виходити з вказівок положення, що затверджено НКОЗ УСРР з 28 червня 1929 року за № 34 про санаторію-школу для дітей психо-невротиків в м. Харкові.

25. Про організацію гарячих сніданків по школах

До всіх районних і міських здоровінспектур. до МСУ нових будівництв, до всіх правлінь колгоспів. Копії до НКОЗ АМСРР, до уповноваженого НКОЗ в Одесі тов. Волкового, до уповноваженого НКОЗ в Києві тов. Бриліянта

За постановою ВУЦВК'у по всіх школах 31-32 р. треба було організувати гарячі сніданки для школярів, як один з найважливіших елементів масового оздоровлення дитинства в умовах політехнізованої школи.

А тимчасом на місцях великою мірою не ураховано все значіння цього фактору, про що свідчить, що в де-яких районах відмовляються забезпечити школи потрібними для сніданків продуктами.

Розмови про брак продуктів в районах неправильні та свідчать про нерозуміння важливішого розпорядження урядових організацій тим більш, що велика кількість районів забезпечила продуктами гарячі сніданки по школах коштом колгоспів, або інших джерел.

Але й в цих районах якість їжі в школах стоїть не гаразд, тому що цьому питанню Райздоровінспектури не приділяють достатньої уваги.

Наркомздоров'я та Укрколгоспцентр пропонують організувати гарячі сніданки по всіх школах, забезпечивши їх відповідними для цього продуктами, притягнувши кошти громадськости, як УЧХ, ДД тощо.

Райздоровінспектури повинні забезпечити через лікарів ОЗДП, або дільничних, коли ОЗДП немає догляд за санітарним станом громадського диг. харчування та за якістю виготовленої їжі.

Про стан з гарячими сніданками та про вжиті від Вас заходи щодо забезпечення їх продуктами повідомте НКОЗ та Укрколгоспцентр.

Заст. Наркомздоров'я Кустоляи

Керівник Групи Охматдит Бендерська

Член Правл. Укрколгоспцентру Дрок

(Об. лист НКОЗ та УКЦ № 16 — 345 — 10 з 30 грудня 1931 р.

26. Про обслідування закритих дитбудинків та про дальшу роботу в справі патронажу.

До рай та міськоздоровінспектур. Копія — до НКОЗ АМСРР, до уповноваженого НКОЗ в Одесі — т. Волкового до уповноваженого НКОЗ в Києві — тов. Бриліянта до МСУ Новобудів

Вказівки НКОЗ 1929-30 р. про скорочення мережі закритих дитбудинків для дітей до 4 років і немовлят по деяких районах були неправильно переведені в життя, майже всі невеликі міста зовсім закрили ці будинки, а деякі великі міста скоротили кількість цих будинків. Це призвело до значного погіршення стану дитбудинків через перевантаженість їх, недостатню кількість персоналу, білизни, ліжок тощо.

Хоча підкидування дітей щороку значно зменшується в зв'язку з величезними соціяльно-економічними процесами в нашій країні, поліпшенням соцпобутових умов життя робітничо-селянських мас, але його ще не зліквідовано, це поперше, а подруге — будинки для немовлят та дітей до 5 років тепер мають нову ролю. Тепер є потреба в таких будинках для тимчасового перебування в них дітей тих робітниць, та робітників, що з тих, або тих причин примушені на деякий час віддавати дітей до дитбудинк в (перевід на работу до іншого міста, хороба матери, смерть її тощо). Тим більше треба належно устаткувати наші дитбудинки: вони повинні мати кваліфікований та педагогічний персонал.

Отже, Наркомздоров'я пропонує негайно провести обслідування закритих дитячих установ, скласти плян поліпшення їхнього стану, як провадиться догляд дітей, а також передбачити в своєму кошторисі на 1932 рік розширення будинків, якщо в цьому є потреба в вашому районі.

Одночас треба зазначити, що одним з заходів боротьби за ліквідацію дитячої захорований та смертности по закритих дитячих будинках (будинок дитини) є патронат. Цей захід вже досить обговорено, і саме життя довело, що віддавання дітей на патронування править за один із раціональних заходів і в розумінні здешевлення утримання дітей і в розумінні боротьби за знищення захорованости та смертности дітей.

Тимчасом останнього року зі справою патронування дітей стоїть негаразд. У багатьох містах і районах цієї роботи зовсім не провадять, по інших є багато непорозумінь і багато випадків, коли дітей повертають знову до будинку.

Вважаючи, що принципово патронування дітей, як захід, що зменшує захорувавість та смертність дітей у закритих установах, залишається й тепер, слід переглянути організаційні форми віддавання дітей до патронування.

Коли до цього часу дітей віддавалось переважно в сільські райони до родин одноосібників, то тепер треба стати зовсім на інший шлях. Майже по всіх районах тепер розгорнуто на селі постійні ясла. Отже дітей із дитячих будинків тепер слід віддавати в постійні сільські ясла невеликими групами і не більше, як 10 дітей в кожні ясла.

Треба скласти певну умову з правлінням комуни або колгоспу, на утриманні яких перебувають постійні ясла.

В умові слід передбачити виховування цих дітей на однакових умовах з іншими дітьми, що в них постійних ясел.

У зв'язку з тим, що велика кількість постійних ясел на селі вночі та в день відпочинку не працює, треба на цей час залишати дітей в яслах, забезпечивши їх доглядом та їжою коштом витрат на патронат.

Віддаючи дітей, треба їх забезпечити одягом та взуттям—це для дітей від 1 року, ліжком та всією ліжковою білизною,—це для немовлят.

Плату за таку групу дітей ліпше встановити не щомісячну або 2 рази на місяць, а двічі на рік, причому ці гроші треба сплачувати наперед.

Само собою зрозуміло, що плату тепер слід підвищити й встановити її за кожну дитину не менш 25—35 крб на місяць. Віддаючи організовану групу дітей до сільських постійних ясел, слід водночас активізувати роботу щодо віддавання дітей на патронування по містах. Для успішнішого переведення цієї роботи слід теж підвищити плату за дітей, а саме: не менш 40 крб. на місяць за дитину, також забезпечити дітей одягом, взуттям, ліжком та білизною, прикріплюючи до консультації або до ясел.

Слід добре пам'ятати, що віддавати дітей на патронування можна лише після того, як дитині зроблено реакції Васермана й переведено медогляд.

Віддаючи дитину в індивідуальну родину, треба зробити попередній медсаноглял і родини; треба, щоб в інспектурі охорони здоров'я обов'язково був докладний спис всіх дітей, що їх віддано на патронування і інспектура повинна стежити, щоб утримання дітей, старше 4 років, своєчасно було передано інспектурі наросвіти.

Заст. Наркомздоров'я *Кустеляк*

Заст. керівника групи ОХМ *Федотова*

(Об. розп. НКОЗ з 30 січня 1932 р.)

27. Про поновлення викладання лікарями гігієни по трудшколах.

До всіх інспектур наросвіти. Копія — до районних і міських інспектур здоровоохорони.

У зв'язку з постановою ЦК про початкову та середню школу та санітарно-побутова обслуговування робітництва, питання санітарної культури в школі набувають величезної ваги. В системі загального виховання — санітарне виховання повинно займати значне місце, ось чому, до викладання гігієни треба підійти з особливою серйозністю.

Між іншим, підготовка більшости педагогів у галузі гігієни на цей день ще недостатня. Вживаючи тепер низки заходів до перепідготови та підготови широких мас учительства в галузі гігієни, щоб полегшити їм викладання гігієни в молодшому концентрі, НКОсвіта та Наркомздоров'я вважають за доцільне передати викладання гігієни для старшого концентру лікареві, який безумовно є підготовленіший для цієї мети.

Отже, пропонується у тих місцях та районах, де є лікарі-фахівці (лікарі ОЗДП, лікарі-саносвітники то санітарні лікарі) передати викладання гігієни в старшому концентрі трудшкіл лікарям означених фахів, вилучивши для цього з курсу природознавства 28 годин в 6-й групі та 28 годин в 7-групі (1 год. на декаду) — разом 56 годин. Там, де лікарів немає, — викладання гігієни провадиться педагогом у загальному курсі природознавства, як і до цього часу.

Перевести цю директиву треба негайно з одержанням цього листа.

Кандидатуру лікаря — викладача гігієни треба погодити з міськ. або райздоровінспектурою.

Заст. Наркомосвіти *Канцелярський*

Наркомздоров'я *Канторович*

(Об. розп. НКОЗ і НКО з 29 грудня 1931 р.)

28. Про сприяння від профорганізацій справі розгортання ясел

До всіх міських та райпрофрад

Забезпечення підприємств новою робочою силою, зокрема втягнення нових жіночих кадрів до виробництва є основне завдання, що сприяє виконанню промфінплянів. Проте, для успішного втягнення нових жіночих мас до виробництва забезпечити їх відповідними культурно-побутовими установами є та потрібна умова, що без неї не можна втягти робітниць до виробництва. Тимчасом досвід цього року яскраво довів, що не скрізь господарчі органи та професійні організації досить уважно ставились до питання забезпечення жінок яслами і будівництво нових приміщень в більшості промислових міст майже зірвано.

Отже, щоб виконати постанову партії, Уряду та VIII з'їзду профспілок, слід тепер стати на шлях більшого забезпечення жінок яслами та організації їх.

Вважаючи на те, що відсутність приміщень не дає змоги розгорнути мережу ясел, президія ВУРПС вважає за потрібне надати приміщення в усіх клюбах, палацах праці, червоних кутках тощо для організації ясел.

Президія ВУРПС пропонує вам терміново розглянути це питання разом з інспектурою охорони здоров'я та приступити терміново до розгортання ясел по клюбах, палацах праці та червоних кутках.

Про роботу, що ви будете переводити в цій галузі, повідомте ВУРПС.

Член Президії ВУРПС **Лазоришак**

(Лист ВУРПС з 6 листопада 1931 р. № 154—952).

III. Із діяльности Наркомздоров'я та його секторів

1. У Надзвичайній комісії в справах боротьби з епідеміями

У зв'язку з викриттям по деяких місцевостях УСРР місць, що потрібують особливо пильного догляду в розумінні запровадження там заходів оздоровного порядку, ґрунтовного очищення місць громадського користування, ЦНСК протягом останнього часу значно посилила свій живий зв'язок із периферією, куди напрямлено було чимало лікарів фахівців та інструкторів у справах запровадження санітарної роботи широких оздоровних заходів. Напрямлено було багато також із апарату самого наркомата. Поряд цього відряджено було протягом останніх 3 місяців 1931 р. насамперед до районів промислових (Донбас) разом понад 200 лікарів і багато середнього медперсонала. Крім того, до цих районів відряджено багато лікарів порядком пересування.

а) Із роботи Всеукраїнського дезбюра

Всеукраїнське дезінфекційне бюро ось уже декілька місяців провадить значну роботу, беручи участь у боротьбі з пошесними захоруваннями та провадячи чималу роботу щодо підготови належного персоналу.

Протягом останніх двох місяців у зв'язку з тим, що подекуди було викрито вогнища та окремі випадки тифів, дезбюро скерувало свою роботу посиленими темпами на організацію боротьби з епідеміями, а також для підготовки належного персоналу, виготовлення дезприлад, заготівлі, хемічних та інших дез засобів. Наводимо тут деякі відомості із діяльности дезбюра останнього часу:

1) Організовано 40 дезінфекційних бриґад, що мають на меті запроваджувати профілактичну, санітарну обробку людности на селі та по вогнищах захорувань. Ці дезбриґади утворено при міжрайонних санітарних станціях. Із згаданої кількости 30 бриґад існують коштом центрального епідфонду. 30 загонів мають дезкамери, пересувні лазнево-пральневі обладнання. Дезбюро розпочало організацію ще 30 таких загонів (теж коштом епідфонду).

2) У 5 найбільших містах України було утворено та проведено короткотермінові курси лікарів, що набували кваліфікації у дезінсекційній справі: Отже, в Харкові, Дніпропетровському, Одесі, Києві та Чернігові натепер підготовлено 75 лікарів-знавців дезінсекційної справи. Лікарі вербувалися переважно із тих, що працюють у Донбасі, промцентрах та в нових будівництвах.

Наркомздоров'я розпочав тепер організовувати другу серію таких курсів, які розраховуються на 150 лікарів.

3. При Одеській дезінфекційній станції організовано курси інструкторів з дезінсекційної справи разом на 60 чол. Незабаром утворюється ще такі самі курси, знову таки на 60 чол.

4. Протягом останнього часу під безпосереднім наглядом дезбюра було виділено та надіслано місцям декілька десятків різних дезінфекційних установок, лазнево-пральних вагонів, дезінфекційних камер тощо. Щоб полегшити місцевим робітникам користуватися цими приладдями, дезбюро склало та розіслало місцям відповідні інструкції, рисунки, пояснювальні записки тощо.

Нарешті, останнім часом при всіх санітарно-бактеріологічних інститутах України та інституті комунальної гігієни в Луганському утворено відділки, що вивчають дезінфекційну справу та працюють у цій галузі, подавчи інструкцію місцям тощо.

Дезбюро незабаром закінчує точний облік всіх дезінфекційних споруджень та обладнань, що існують на Україні. Окремо береться на облік все обладнання, що за тими або іншими причинами функціонує із перервами або перебоями. На підставі відомостей, що надійшли з місць, Укрдезбюро вже спроможеться надалі планувати так виготовлення нових установок, як і розподіл їх по тих місцевостях і районах України, що найбільш потрібують такого приладдя.

б) Про санепідстан Костянтинівського района

Цю доповідь Надзвичкомісія слухала вже вдруге, через що на одному в останніх засідань ЦНСК поряд заслухання доповіді було проведено й перевірку того, як Костянтинівська РЗІ виконала попередні постанови та пропозиції склала НСК ще 28 жовтня 1931 р.

Надзвичайна комісія констатувала, що ні райздоровінспектура, ані місцева надзвичайна комісія не вжила всіх потрібних заходів, щоб як слід забезпечити район від вибухів пошесних хвороб. Поряд цього комісія, констатувавши, що в районі бракує багато чого на забезпечення боротьби з епідеміями, запропонувала провести в життя багато заходів (наведемо із них найголовніші):

1) Керівникам місцевих найбільших промпідприємств, як пляшкового заводу, хемічного заводу, будівництва енергобуду та інш. дано категоричну вимогу протягом найкоротшого терміну забезпечити робітничі гуртожитки належною кількістю ліжкової білизни, відремонтувати різні приміщення гуртожитків, збудувати постійні або тимчасові лазні для санобробки робітників.

2) Фіксуючи надозволений санітарний стан багатьох бараків, де обслідування доволо наявність забруднених приміщень, що становить загрозу виникнення пошесних хвороб, зобов'язано директора цинко-топильного завода привести барак протягом 20 день до належного стану, а робітників, що там живуть забезпечити білизною, налагодити водночас безперебійну роботу пральні.

Санобробку робітників гуртожитків доручено провести міськсанлікареві тов. Ривліну.

Так само попереджено директора завода „Свобода", що в разі не вжито буде рішучих заходів, щоб привести до належного санітарного ладу бараки, винних буде протягнено до судової відповідальности, як за зривання санітарних та протиепідемічних заходів.

3) Районній санітарній надзвичайній комісії доручено встановити пильний контроль, як виконується директиви місцевої та центральної надзвичайної санкомісії.

Надзвичайна комісія довідалася, що роз'їзні лікарі Констятинівської поліклініки не віддавали потрібної уваги питанню своєчасної шпиталізації хворих; терапевтичний відділ Костянтинівської робітничої лікарні теж недосить гнучко ставився до швидкої шпиталізації хворих. Отже, ЦНСК доручила своєму представникові разом із представниками місцевих організацій провести суворе розслідування всього діла. Представникові ЦНСК доручено також детально розслідувати діяльність колишнього райздоровінспектора Лугачова в частині запровадження запобіжних заходів для боротьби з епідеміями.

Директорові Всеукраїнського санбакінституту проф. Мельнику доручево вжити від інституту рішучих заходів, щоб встановити зв'язок із Констятинівським районом та контролювати проведені заходи, а також стежити за виконанням директив ЦНСК.

2. Підсумки огляду наукової роботи інститутів НКОЗ за 1931 р.

(Із постанови Колегії НКОЗ УСРР з 17 грудня 1931 р.)

Колегія НКОЗ ознайомилася із матеріялами III сесії Всеукраїнської медичної ради, що склала підсумки огляду наукової роботи інститутів НКОЗ протягом 1931 р. Окрему увагу Колегія приділила ознайомленню з тим, якою мірою інститути виконували постанови партії та уряду про соціялістичну реконструкцію науки, про наближення наукової роботи до вимог соціялістичного будівництва та всієї доби реконструкції народнього господарства.

Колегія відзначила, що наукові інститути активно перемикають зміст і методи своєї роботи до основних завдань здоровоохорони й соціялістичного господарства.

Цим напрямком інститути дійшли чималих досягнень. Особливо важливим є зв'язок інститутів з периферією, що дедалі все зростає, реально перетворюючи в медсансправі об'єднання теорії та практики.

Аналізуючи діяльність інститутів в усіх основних показниках, колегія визнала, що в справі розгортання методології роботи, організації масових університетів, запровадження раціоналіза-

ційної роботи, підготови кадрів, здійснення досягнень наукової роботи на практиці тощо, треба в перші лави інститутів, що перебудовують свою діяльність поставити такі:

1) Одеський санітарно-бактеріологічний інститут
2) Дніпропетровський інститут гігієни й патології праці.
3) Одеський інститут харчування.
4) Харківський іститут гігієни та патології праці.
5) Київський інститут охматдиту.
6) Харківський інститут ортопедії й травматології.
7) Харківський інститут харчування.
8) Всеукраїнський інститут бактеріології, епідеміології та серотерапії (м. Харків).
9) Одеський туберкульозний інститут.
10) Харківський туберкульозний інститут.

Одеський санбакінститут розгорнув 1931 р. величезну роботу, розвинувши міцний зв'язок з периферією, провівши 16 експедицій для боротьби з епідеміями в справах санітарного добро-устрою. Живий інструктаж, що провадив інститут, поширився на 67 районів, що становить 75% всієї території обслуговування від інституту. Далі Одеський санбакінститут провів 9 міжрайонних нарад (на периферії та в Одесі), здійснив ряд циклів, скерованих на підготову медперсонала. Той самий інститут брав активну участь у сільсько-господарчих виробничих кампаніях. Особливо звертає на себе увагу цілковите виконання пляну наукових робіт та значне перевищення пляну виробничої роботи: у сироватковому відділкові — на 170%, вакцинному — 150%, віспенному — на 173% (треба це взяти на увагу, що раніш накреслені пляни тричі зміцнювалися в розумінні збільшення). Раціоналізаційні заходи, що їх вжив Одеський санбакінститут, дали йому економію в 50.000 крб.

Колегія НКОЗ нагородила колектив і дирекцію інституту перехідним червоним прапором НКОЗ

Дніпропетровський інститут патології та гігієни праці, маючи обмежений бюджет та обмежені штати, розгорнув 1931 р значну роботу в справі обслуговування робітників металюргійної промисловости. Інститут побудував цілком чітко актуальний плян наукової своєї роботи, організував 100% виконання цього пляну, утворив катедру масового робітничого університету, розгорнув 9 опорних пунктів на периферії, організував курси для перепідготови лікарів та іншого медперсонала.

Колегія Наркомздоров'я відзначила, що інститут щільно пов'язав свою наукову роботу з господарчими організаціями, робітничими масами й спромігся дійти значної ефективности роботи, причому закінченні праці інституту набули практичного застосування в металюргійній промисловості.

Колегія ухвалила нагородити дирекцію та колектив інституту перехідним Червоним прапором Всеукраїнської вченої медичної ради.

Далі Наркомздоров'я відзначив наявність великих досягнень ще в таких інститутів:

1. У Харківському інституту патології та гігієни праці, що провів велику роботу лінією методологічного та методичного обслуговування галузевих інститутів гігієни та паталогії праці та периферійних установ. Цей інститут організував надзвичайно цінний музей з питань гігієни й паталогії праці.

2. Одеський інститут харчування дав ряд цінних праць лінією консервової промисловости, лінією організації громадського харчування на селі, а також утворив перший масовий робітничий і колгоспний університет на Україні.

3. Київський інститут охматдиту зробив багато в галузі підготови медичних кадрів, охопив своїм впливом та керівництвом відповідні установи на периферії встановивши водночас щільний зв'язок із виробництвом.

4. Харківський інститут ортопедії та травматології дав високі показники в ділі виготовлення лікувально-протезної апаратури. Цей інститут також утворив ряд опорних пунктів на периферії.

5. Харківський інститут бактеріології, епідеміології та серотерапії дійшов значного піднесення якости продукування лікувальних сироваток і вакцин. Цей інститут реалізував дуже цінну наукову роботу в галузі розвинення птахівництва.

6. Харківський туберкульозний інститут дуже розгорнув роботу відділу соцпатології. Інститут встановив безпосередній щільний зв'язок із своєю периферією (організація опорних пунктів, скликання міжрайонних конференцій тощо). Інститув вивчив також патологію туберкульози в національних районах.

7. Харківський психо-неврологічний інститут випередив досягнення Західньої Европи своїми досягненнями в галузі неврохірургії. Інститут організував широку саносвітроботу, якою протягом року охопив 18.000 чол.

8. Харківський інститут харчування розгорнув велику роботу в Донбасі, організувавши дітхарчування гірників, значно оздоровивши громадське харчування в Донбасі тощо. Інститут провів також велику роботу в справі підготови кадрів робітників громадського харчування. Свою роботу інститут щільно пов'язує з партійними, господарчими та профспілковими організаціями.

9. Одеський тубінститут зразково ставить роботу підготови кадрів, організував на периферії 10 опорних пунктів.

Колегія НКОЗ нагородила колективи та дирекції 9 перелічених інститутів грамотою від НКОЗ та Всеукраїнської медичної ради.

Колегія висловила колективу та дирекції подяку й доручила сектору науки протягом місяця відповідно, преміювати ряд інститутів: Харківський інститут психіятрії та психогігієни, Харківський венінститут, Харківський інститут ендокринології та органотерапії, Харківський рентгенінститут, Одеський Венінститут, Дніпропетровський санбакінститут, Київський Тубінститут, Одеський бальнео-терапевтичний інститут, Київський рентгенінститут.

Нижчезазначеним інститутам (їхній дирекції та колективам) колегія висловила подяку: Харківському інституту морфології, біології та фізіології ім. Мечнікова, Харк. інституту вуха горла й носа, Київському інституту біології та патології, Харк. інституту експериментальної фармації, Київському санбакінституту, Київському інституту патології та гігієни праці, Одеському інституту патології та гігієни праці, Одеському інституту стоматології, Дніпропетровському інституту охорони материнства й дитинства, Одеському психоневрологічному інституту та Сталінскому інстутуту патології й гігієни праці.

Кожний із цих інститутів має досягнення в ряді галузей роботи.

Колегія закликала всю масу наукових і практичних робітників решти інститутів наслідувати приклад визначених інститутів, розгорнути соціялістичні темпи в боротьбі за кількісні та якісні показники в науковій роботі, спрямовуючи її шляхом невпинної боротьби за генеральну лінію партії та соціялістичної реконструкції медичної науки та практики.

3. Відзначено гарну діяльність інституту бактеріології, епідеміології та серотерапії

(Із розпоряджень Наркома охорони здоров'я)

1. Народній Комісаріят здоровоохорони УСРР вітає колектив Всеукраїнського інституту бактеріології, епідеміології та серотерапії ім. Мечнікова в зв'язку з перевиконанням виробничих плянів 1931 року.

Успіхи ці були можливі лише завдяки тому, що ввесь колектив інституту бактеріології, епідеміології та серотерапії, усвідомивши всю важливість покладених на нього завдань міцно з'єднався навколо своєї партійної організації та свого нового керівництва.

Народній Комісаріят здоровоохорони оголошує подяку всім співробітникам інституту, впевнений в тому, що інститут і надалі перебуватиме на височіні досягнених перемог і надалі їх розвиватиме.

2. Народній Комісаріят здоровоохорони затверджує наказ по інституту про преміювання низки співробітників за понадударну роботу.

3. Наркомздоров'я доручає директорові Всеукраїнського інституту бактеріології, епідеміології та серотерапії проф. Мельніку М. І. доповісти про діяльність інституту на черговій сесії Вченої Медичної Ради, що відбудеться в грудні 1931 року.

4. Беручи на увагу виняткову самовідданість роботі від директора інституту проф. Мельніка М. І., Наркомздоров'я доручає секторові науки оформити питання про нагороду проф. Мельніка.

4. Із заходів Наркомздоров'я в справі поліпшення матеріяльно-побутових умов медробітників.

Протягом останього півріччя НКОЗ ужив ряд заходів, скерованих на поліпшення соц. побутових умов медробітників:

1. Ще в жовтні місяці минулого року подано від НКОЗ доповідну записку до РНК УСРР в якій НКОЗ зняв клопотання про підвищення заплати лікарям у Донбасі, Харкові, Криворіжжі та нових будівництвах, так само й середньому й молодшому.

Так само обстоював НКОЗ думку про те, щоб у решті пр мислових місцевостей відповідно сплачувалося лікарям, середньому медперсоналові і іншому — збільшену зарплату.

У цій доповідній записці НКОЗ накреслив попередні заходи урядових органів щодо встановлення диференційованої зарплатні, залежно від кваліфікації, і стажу та інш.

НКОЗ вимагав також певних пільг щодо постачання медперсоналу речей широкого вжитку та харчових продуктів нарівні з інженерно-технічним персоналом.

Тих самих пільг домагався НКОЗ і щодо надання медперсоналу (що безпосередньо обслуговує промпідприємства та нові будівництва) щодо житлової площі, наукових відряджень коштом підприємств та установ, що від них медперсонал одержує зарплату.

Заходи, що про них клопоче НКОЗ УССР, ще не розв'язано цілком, бо ряд питать, має розв'язати Союзний Уряд. У частині зарплати справу розв'язано останньою постановою Союзного Уряду про надвишку в 23% до зарплати.

2. Того ж таки жовтня НКОЗ подав до РНК УСРР доповідні записку про те, щоб перед РНК СРСР порушено було клопотання поширити право на пенсію за вислугу років і на медробітників, що працюють у містах і селищах міського типу (тимчасом постанова РНК з 25 квітня 1929 р. говорила лише про тих, що працюють на селі та в робітничих селищах).

3. У своїх заходах та інструкціях до пересунення медробітників НКОЗ передбачив для них ряд гарантій і компенсацій від РВК та інших місцевих органів щодо забезпечення житлом, виплати підйомних на дорогу тощо (між іншим, НКОЗ домігся видання від РНК постанови про

безперечне збереження за медробітниками їхніх місцевих житлів на весь час їхнього перебування в пром. районах).

Цю постанову здійснюється енергійно.

4. У грудні місяці 1931 р. за постановою НКОЗ утворено під головуванням Наркома т. Канторовіча надзвичайну комісію в справі поліпшення матеріяльно-побутових умов аспірантів студентів і медперсонала. Із заходів, що їх вжила ця комісія, наведемо тут такі:

а) аспірантів, що в Харкові, прикріплено для постачання до розподільника НКОЗ;

б) Перед РНК порушується клопотання про те, щоб для аспірантів було в м. Харкові Києві, Дніпропетровському та Одесі збудовано будинки-гуртожитки.

в) Приміщення Протовоїнного інституту передбачено віддати цілком під гуртожиток аспірантів.

г) Розмір стипендії для аспірантів установлено (за постановою ЦК ВКП(б)) 200 крб. для сімейних і 170 крб. для одинаків.

Зважаючи на певне зменшення асигнувань на стипендії аспірантам, НКОЗ (його сектор кадрів) остаточно встановлює контингент аспірантів, домагаючись того, щоб зазначені розміри стипендії не зменшувалися.

Чималу роботу накреслила надзвичайна комісія у розумінні швидких заходів на поліпшення матеріяльного стану студентства (розширення гуртожитків, збільшення розміру стипендії).

Поряд наведеного тут за поданням НКЗдоров'я видано постанову Уряду з 5 жовтня 1931 р. „про поліпшення матеріяльно-побутового стану медперсонала".

Далі треба відзначити ще таке:

1. НКОЗ склав розпорядження, щоб по значних лікустановах утворювали їдальні для медперсоналу.

Такі їдальні подекуди вже організовано (Зінов'ївське, Рутченкове тощо).

2. Порозумівшись із НКФ УСРР, НКЗдоров'я дав директиву місцевим органам охорони здоров'я про дозвіл використовувати заощаджені кошторисові асигнування 1931 р. на заходи, скеровані на поліпшення матеріяльно-побутових умов медперсоналу.

3. НКПраці СРСР, ЦК Медсантруд, НКОЗ РСФРР і НКОЗ УСРР порушили перед Союзним Урядом клопотання, щоб у справах постачання лікарів дорівнювалося до норм, що існують для ІТР.

За останніми відомостями, відповідну постанову вже схвалено лінією РНК СРСР і подано на затвердження до ЦВК СРСР.

5. Про розвиток одеських курортів.

У Наркомздоров'я спеціяльна комісія закінчує опрацьовувати повним обсягом питання про перспективи розвитку санаторно-курортної справи 1932 року. Комісія опрацьовує тепер питання якнайбільше притягти до розвитку санкурсправи кошти таких організацій, як: Цустрах, профспілки, колгоспцентр, кооперація то що. Окремо Наркомздоров'я бере на пильний облік виявлювані можливости місць і собі теж відпускати певні кошти на розвиток санаторно-курортної справи (Одеська міськрада, наприклад, має відпустити протягом двох років 3 млн. крб. Київська міськрада має теж відпустити близько $1^1/_2$ мілн. крб. тощо.

Щоб зміцнити справу фінансування Одеських курортів, Колегія НКОЗ запропонувала Українській Курортовій управі вжити потрібних заходів на одержання потрібних кредитів з Цекомбанку.

У доповідній записці, що НКОЗ та УКУ подали до вищих інстанцій, широко висвітлено проблему та можливости дальшого розвитку Одеських курортів, що дають підставу надати їм звання курортів всесоюзного значення.

Кількість обслужених санаторних хворих 1931 року дуже збільшилася порівняльно до минулого року (1930 р.—18 756 ліжко-місяців, а 1931 р. 28.300). Ще швидче зростала кількість курсових хворих, що 1931 року дійшла 8.500 проти 3.545, що було 1930 року.

Таке справді бурхливе зростання попиту на курортову продукцію призвело до того, що вже 3 року п'ятирічки Одеські курорти за своїми показниками перевищили не тільки первісні накреслення, але навіть і другий збільшений варіянт п'ятирічного пляну.

Ось, деякі цифри:

	Накреслено пятирічним пляном на 1932 рік.	Виконано 1931 року
Кількість ліжок	4.375	4.760
„ ліжко-місяців	27,330	28.300
„ курсових хворих	1.640	8.500

Пляном передбачено протягом 2 років здійснити ряд реконструктивних заходів у курортовому господарстві, нове будівництво санаторій та бальнеологічних установ, а також належно впорядкувати курортові райони. Оці заходи дадуть змогу збільшити перепускну спроможність Одеських курортів до 60.000 ліжко-місяців для курсових хворих. Загальна сума потрібних коштів на ці два роки становить 19.000.000 крб.—

Щоб надалі усунути яке б то не було втручання в роботу курортів, Колегія, ствердивши потребу якнайбільше притягувати кошти госпорганізацій до розвитку санаторно-курортової справи, водночас категорично встановила такий порядок, за якого на всіх курортах єдиним господарем у межах курортної зони мусить бути тільки курупр. Останній лише складає з відповідними господарчими організаціями угоди згідно з чинними директивами та постановами уряду.

6. Про роботу медико-педологічного інституту НКОЗ.—

Нещодавно колегія заслухала доповідь про діяльність медико-педологічного інституту. Колегія констатувала, що інститут, до завдань якого належить підготовлювати лікарів-педологів, цілком і повнотою відповідає потребам НКОЗ. Уся робота мед-педінституту провадилася напрямком виконання директив партії та уряду; у колективі інституту завжди відбивалися та набували живого відгуку всі ухвали про вищу школу.

Колегія відзначила чималу роботу, що перевів колектив викладачів та учнів інституту під загальним проводом директора інституту т. Літвінової в розумінні правильного налагодження учбового процесу в інституті.

Наданий від інституту проект профіля лікаря-педолога колегія затвердила в такому вигляді:

Медико-педологічний інститут має готовити спеціялістів лікарів-педологів у галузі соціяльно-гігієнічній, а також і педологічної праці. Водночас лікарі цього фаху готуватимуться, як раціоналізатори виробничо-педологічного процесу в установах комуністичного виховання, охоплюючи передшкільний, дошкільний та підлітковий вік. Відповідно до цього медико-педологічний інститут має готувати лікарів таких категорій: а) лікарів-педологів для дітей передошкільного та дошкільного віку, б) лікарів педологів для шкільного та підліткового віку.

За основну базу роботи лікаря-педолога повинні правити всі установи, зв'язані із системою комуністичного виховання дітей та підлітків (ясла, дитячі садки, школи ФЗУ, ФЗС, КМ), педологічний кабінет, диспансер, поліклініка, дитяча технічна станція, табори юних піонерів і решта оздоровних дитячих установ.

Лікар-педолог являє собою раціоналізатора педологічного процесу й мусить бути активним спільником в організації всіх форм дитячого життя.

До завдань лікаря-педолога належить:

а) Вивчати та оздоровлювати дитину й підлітка в зв'язку з його соціяльно виробничими та культурно-побутовими умовами, розподіл і групування дітей залежно від показників успішности та обдарованости;

б) Визначати форми, встановлювати норми різних виробничих видів виховної роботи справа профорієнтації та профконсультації, відбір дітей, що їх важко виховувати, організуючи для них відповідні виробничі та виховні процеси;

в) Нормувати та визначати дози фізкультури відповідно до даних педагогічних та виробничих процесів;

г) Нормувати санітарно-гігієнічне виховання дитинства, організація форм і видів масового дитячого відпочинку;

д) Провадити санітарно-гігієнічне нормування політехнічних процесів та керівництво в справі організації дитячого харчування.

Відповідно до зазначених учбових плянів програма лікаря-педолога повинна охоплювати й цикл громадських наук, так само й основи технічних наук і спеціяльно — медичних дисциплін.

Щоб забезпечити безперебійну та успішну роботу інституту,—Колегія запропонувала окремим секторам і самому інституту вжити відповідних заходів, як-от:

Фінансово-бюджетовий сектор НКОЗ має посилити на 1932 рік фінансову базу інституту, щоб забезпечити можливість розгортання потрібних кабінетів і лябораторій.

Сектор кадрів дістав доручення переглянути навчальний плян медико-педологічного інституту напрямком посилення в ньому медичних дисциплін, опрацювання порядку проходження виробничого практикуму, виходячи із встановлюваного терміну навчання в $3^1/_2$ роки.

Сектору медсанбудівництва доручено негайно опрацювати питання надбудівлі двох поверхів над корпусом медико-педологічного інституту. Це будівництво має забезпечуватися потрібними будівельними матеріялами і фінансовими ресурсами.

7. За заборону внутріуразових маніпуляцій, скерованих на попередження вагітности та переривання її

На основі висновку секції охорони материнства наукової медичної ради НКОЗ, секції акушорів-гінекологів Харківського медичного товариства та спеціяльної конференції, що її скликав інститут ОХМД НКОЗ РСФРР про те, що застосування внутрі-уразових впорскувань, змазувань та інших маніпуляцій, яко засобів попередження вагітности або переривання, зле відбивається на жіночому організмові (викликаючи неплідля або атипічну імплянтацію яйця й ряд інших патологічних явищ), — Колегія НКОЗ УСРР заборонила провадити вищезгадані маніпуляції.

Застосування внутрі-уразових упорскувань або змазувань, яко протизачатковий засіб, або як засіб переривання вагітности, дорівнюватиметься в розумінні кримінального вчинку до запровадження аборту в неналежних обставинах.

Колегія доручила юрисконсультові оформити цю постанову в належних інстанціях.

8. Ще до справи запровадження госпрозрахунку у виробничих частинах санбакінститутів

Починаючи з 1 січня цього року на госпрозрахунок переведено виробничі частини санбакінститутів. Із цього саме часу встановлено платний відпуск вакцин.

Щоб забезпечити райони належними коштами для сплати за постачання їм сироваток і вакцин, фінсектор НКОЗ передбачив у бюджетах районів потрібні суми відповідно до встановленого виробничого програму (для цього опрацьовано заявки окремих районів).

Всю справу керівництва виробництвом та розподілом сироваток та вакцин зосереджено в секторі медсанвиробництва в НКОЗ а санепідгрупа НКОЗ провадитиме регулювання розподілу сироваток і вакцин. Колегія підкреслила ще, що сектор медсанвиробництва та епідгрупа, провадячи згадану тут роботу, повинні погоджувати її із сектором науки.

За постановою колегії справу постачання районів сироватками й вакцинами відатиме Всеукраїнська аптечна управа, якій доручено скласти із інститутами генеральні умови.

9. Перші кроки роботи великої комплексної експедиції 15 інститутів Наркомздоров'я

З початку січня 1932 р. в с. Остап'єму, Багачанського р-ну працює комплексна експедиція Інституту Охорони Здоров'я разом з 15 іншими Ін тами НКОЗ.

В експедиції відряджено більше 50 чол., в тому числі 24 наукових співробітників інститутів. Метою експедиції є: 1) Вивчання соціяльно-гігієнічн. та соціяльно-патологічн. зрушень в колективізованому селі. 2) Переведення оздоровчих міроприємств. 3) Розробка форм роботи по охороні здоров'я в соц. секторі села.

Поголовному соціяльно-гіг. вивчанню підлягає 12.000 населення села Остап'є, де колективізовано 90%, дві комуни і 1 радгосп. Медичному огляду підлягає 3.000 населення с. Остап'є і 2 комун. Експедицією організовано лазню, яслі, консультація, організується низку інших медичних закладів. Провадиться низка загальних оздоровчих міроприємств в галузі побуту, праці та харчування. Всі приміщення громадського користування обстежено спеціяльними бригадами, що в них беруть участь члени експедиції і місцеві робітники, з метою поліпшення їх санітарного стану. Робота бригад і цілої експедиції провадиться в порядкові ударництва й соцзмагання.

Зараз провадиться конкурси з видачею премій за найкращий санітарний стан хати та громадських будівель.

Зараз організується всеукраїнська кампанія за оздоровлення праці й побуту в радгоспах. До переведення цієї кампанії притягнено пресу в першу чергу, „Радянське Село". Робота експедиції утворює ґрунт міроприємств, що мають під час кампанії бути переведенні в життя.

По закінченні експедиції в с. Остап'єму залишається опірний пункт Ін-ту Охорони Здоров'я, як постійна база по вивчанню форм охорони здоров'я на селі.

НКОЗ та його сектори повинні взяти найближчу участь в роботі експедиції, щоб в такий спосіб перевірити доцільність форм своєї роботи на селі та виробити потрібні корективи.

10. Про санітарну організацію на курортах УСРР*)

Положення про санорганізацію на курортах, що Колегія НКОЗ ствердила на засіданні в 3 грудня 1931 року, передбачає таке:

Санітарна організація курортів є обов'язкова частина курортових управ, утримується їхнім коштом, провадя и санітарно-епідемічну роботу на курортах та наглядаючи за їхнім санітарним станом.

Санітарна організація курорту містить у собі санлікарів різних фахів, санітарно-гігієнічні лябораторії, дезкамери, а також відповідний санперсонал. У разі на самому курорті бракуватиме спеціяльної лябораторії, то її роботу перекладається на відповідні лябораторії районних або міських здоровінспектур на підставі спеціяльної угоди.

Крім завдань загального характеру (догляд відповідного санстану лікустанов, санаторій, житлових приміщень, санітарна охорона харчпродуктів, запровадження протиепідемічних заходів тощо), на санітарну організацію курортів покладається ще специфічні завдання, а саме:

а) Охорона режиму озер, лиманів, мінеральних джерел та інших природніх лікувальних чинників від забруднення.

б) Виявляти шкідливі діяння від околишньої місцевости на територію курорта й навпаки останньої на місцевість, що є навкруги нього.

в) Нагляд за санітарним станом спеціяльних лікувально-технічних виробництв на курортах у розумінні охорони якости фабриката й охорони праці робітників цих виробництв.

Санорганізація на курорті має звичайно організовувати запровадження санмінімуму на курорті.

Норма санітарного персоналу для курортів встановлюється така: не менше 1 санлікаря та 1 помсанлікаря на 3000 хворих.

*) Докладно дивись дальший № бюлетеня. — Ред.

Щоб пов'язати роботу курортової санорганізації із роботою санорганізацій РЗІ та МЗІ, утворюються під головуванням РЗІ (МЗІ) санкурради.

Санлікарям курортів належать на територію курорту та околишньої місцевости всі права, що мають санлікарі та санітарні органи на підставі постанови РНК УСРР.

Безпосереднє керівництво роботою курортних санітарних організацій належить санітарній частині УКУ.

11. Про конкурс на кращу програму для медінститутів та інститутів удосконалення лікарів

Колегія, взявши на увагу, що на теперішній час бракує програм, які відповідають сучасним вимогам, що ставляться до медінститутів та інститутів удосконалення лікарів, доввоПила сектору кадрів оголосити конкурс на кращу програму для медВИШ'ів, аспірантів та інтернів.

Премії встановлено такі: перші премії—тримісячне закордонне відрядження; другі премії—3000 крб.; треті премії—1000 крб.

Крім цього, всі наукові співробітники катедр, що їхні професори одержали премію, діставатимуть безплатні місця на курорти радянського союзу терміном на 1 місяць.

IV. Об'яви та повідомлення

Конкурси

1. Харківський Медичний Інститут оголошує конкурс на заміщення таких вільних посад:

1 штатного асистента катедри патол. анатомії
2 штатних асистентів „ загальної гігієни
1 штатного ординатора катедри пропедевтичн. терапії
2 позаштатних ординаторів загальної терапії

Заяви про бажання взяти участь у конкурсі треба подати до медінституту (вул. К. Лібкнехта № 41). До заяви треба додати короткий життєпис, наукові праці, відповідні документи про службу та громадську роботу. Знання української мови є обов'язковим.

Анкети встановленої форми можна отримати в канцелярії медінституту.

2. Харківський медичний інститут оголошує конкурс на такі вільні посади:

1) Одного асистента кат. психіятрії
2) „ ординатора „ психіятрії

Термін конкурсу до 20 лютого 1932 року

3) Одного зав. кат. судової медицини.

Термін конкурсу до 25 лютого 1932 року

Заяви про бажання взяти участь у конкурсі треба надсилати до медичного інституту вул. К. Лібкнехта, 41.

До заяви треба додати короткий життєпис (в 2 прим.), наукові роботи, відповідні документи про службу та громадську роботу.

Знання укрмови обов'язково.

3. Харківський медичний інститут оголошує конкурс на такі вільні посади:

1 штатного асистента кат. учбово-виробн. гігієни
1 „ „ „ загальної гігієни
1 позаштатного „ „ нервових хвороб
1 штатного „ кл. хірургічної
1 „ ордин. кат, очних хвороб.

Термін конкурсу до 25 лютого 1932 року

Заяви про бажання взяти участь у конкурсі надсилати до мед. інституту, вул. К. Лібкнехта № 41.

До заяви треба додати короткий життєпис, наукові роботи та відповідні документи про службу та гром. роботу.

Знання укрмови обов'язково.

Анкети можна дістати в канцелярії медінституту.

4. Київський медичний інститут оголошує конкурс на посаду завідателя катедри психіятрії з 25 грудня 1931 р. до 25 лютого 1932 р.

Особи, що бажають взяти участь у конкурсі, повинні подати до інституту заяву, докладний життєпис, наукові праці та рекомендацію відповідних організацій.

№ 1-2

Відповід. редактор С. І. Канторович.

ДВОУ УПП. 7 Друк. ім. Фрунзе. Харків, Дон.-Захарж., 6. Укрголовліт 33. Зам. 79. Прим. 6.000.

ПРОЛЕТАРІ ВСІХ КРАЇН, ЄДНАЙТЕСЯ

БЮЛЕТЕНЬ

НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

РІК ВИДАННЯ 8-й

Редакція: Наркомздоров'я УСРР, Харків, Буд Держпромисловости 6-й під'їзд, 4 поверх

№ 3-4	ЛЮТИЙ 1932 року	№ 3-4

ОГЛАВ

I. Листи Наркомздоров'я до медсанробітників України.

Завдання, що на них треба спрямувати увагу.
Найважливіші завдання в галузі оздоровлення підприємств.
Курорти — на службу соціялістичному будівництву.

II. Офіційна частина.

Організаційна частина. 29. До складання оперативного пляну для міських ясел. 30. Про зміни до інструкції НК РСІ СРСР у справах рахівництва та звітности. 31. Заборонено без окремого дозволу та ліцензії купувати закордоном майно або літературу. 32. Про облік коштів на дитячі оздоровні заходи. 33. Лікустанови повинні сповіщати міліцію та розшук про осіб, що потерпіли від різних подій. 34. Про виселення сторонніх осіб із приміщень медсанустанов. 35 Медробітникам дозволяється виїжджати до НКОЗ лише з дозволу останнього. 36. Про порядок, як стягати оплату за компослуги. 37. Про порядок складання листування. Кадри. 38. Про договори з колгоспами на постачання робсили (додано типовий договір). 39. Приймати на роботу медробітників, зареєстрованих в органах охорони здоров'я. 40. Про заміщення лікарських посад за конкурсом. 41. Про ставки зарплати медробітникам (додано схеми ставок, а також територіяльний поділ УСРР на пояси для оплати праці). 42. Про комплектування курсів удосконалення лікарів. 43. Про прикріплення інтернів на харчування. 44 Про утримання промсанлікарів. 44-а. Про ставки зарплати медперсоналу єдиних диспансерів. Оздоровлення побуту. Боротьба з епідеміями. 45. Про посилення уваги до санзаходів та протиепідемічної роботи (розп. ВУЦВК). 46. Санмінімум сільських ясел. 47. Санмінімум для готелів. 47 а Положення про райсанстанції. 48. Положення про санорганізацію на курортах УСРР. 49. Про санітарну охорону кордонів СРСР. 50. Взірцеві правила санрежиму в соматичних та інфекційних відділках лікустанов. Оздоровлення праці. Промсанітарія. 50-а. Про дальше розгортання мережі медсанцехів та поліпшення їхньої роботи. Охматдит. 51. Про оздоровні заходи серед дітей шкільного дитинства. 52. Про контролювання відряджень дітей до дитячих санаторій. 52-а. Припинити ліквідацію дитустанов. Лікувально-профілактична частина. 53. Про лікпрофдопомогу військовим службовцям РСЧА. 54. Про доцільне виписування ліків. 55. Покази та протипокази для лікування на курортах.

III. Оголошення та об'яви. 1. Відзначено кращих робітників. 2. Різні об'яви, конкурси тощо. 3-4. Рекомендовані фільми на теми з саносвіти. 5-6-7-8. Про обмінні санкур. картки. Де діставати протиправцевої сироватки.

IV. Охорона здоров'я за кордоном.

I. Листи Наркомздоров'я до медсанробітників України

Завдання, що на них треба спрямувати увагу

(лист до всіх міських та районових інспектур охорони здоров'я).

На з'їздах і нарадах з питань охорони здоров'я, так само й розмовляючи з окремими медробітниками, досить часто доводиться чути скарги на те, що медсанзаклади не забезпечені потрібним устаткуванням, що надто гостро почувається на периферії брак медперсоналу, що матеріяльно-побутові умови медробітників все ще досить незадовільні, що справа охорони здоров'я набагато не встигає в своєму розвиткові за розвиненням інших галузей народнього господарства і т. інше. Треба цілком одверто сказати, що всі ці скарги є досить обґрунтовані, й що вважати сучасні умови існування і роботи медсанмережі за цілком задовільні неможна. Проте, завдання наше полягає в тому, щоб не лише констатувати певні хиби, а й спромогтися їх у той або інший спосіб виправляти та усувати; і ось тут саме, коли мова мовиться за потребу забезпечити нормальну роботу медсанустанов, — ми найчастіше доходимо цілком невірного погляду, що мало не все повністю залежить од центральних органів, що лише тоді можна буде поліпшити устаткування й постачання медсанмережі, коли ВРНГ та Наркомпостачання дадуть відповідно збільшувані норми цього постачання, що кризу медкадрів ми зможемо розв'язати лише тоді, коли сектор кадрів НКОЗ десь знайде та відрядить на периферію нові тисячі лікарів та середнього персоналу. Щодо матеріяльно-побутових умов медперсоналу, то тут частенько чути думку, що ,мовляв, дійдуть потрібного рівня лише тоді, коли нашому санітарові, лікпомові чи то лікареві постачатимуть продукти й промкрам за нормами принаймні робітників важкої індустрії.

Такий погляд на наші установи, що ніби то є саме споживачі готової продукції, як до одиниць, що нічим не можуть самі себе забезпечити, — є цілком неправильний і опортуністичний.

Довести це можна низкою прикладів: візьмімо найпростіший випадок — завдання запобігти руйнуванню приміщень наших медсанзакладів і забезпечити їх своєчасне ремонтування; коли в цій справи чекати, аж поки з центру буде виділено потрібні будматеріяли, яких на сьогодні не вистачає навіть на будівництво нових найважливіших об'єктів медсанмережі, — то можна дочекатися на цілковиту амортизацію наявного фонду приміщень, а ремонту все-ж таки не зробити; але факт, що вже минулого 1931 року, під впливом настирливих вимог Наркомздоров'я, чимало районів, користуючись з умілої мобілізації будівельних ресурсів місцевих промислових організацій, притягуючи допомогу робсилою від колгоспів, і домагаючись асигнування відповідних додаткових коштів, — спромоглися таки впорядкувати й поліпшити санітарно-технічний стан своєї медсанмережі. А чи дійсно всі райони так зробили? Звичайно, ні: чимало з них і досі сидять і чекають на якусь допомогу з боку в той час, як їхні установи руйнуються й гинуть без ремонту.

Так само й з постачанням медсанзакладів; Наркомздоров'я ввесь час має в центрі своєї уваги вишукувати для медсанмережі додаткові ресурси продуктів, палива, білизни, фуражу, тощо. Але хіба на місцях нема жодної змоги самостійно поліпшувати стан постачання? Хіба ми досить використовуємо в цій справі допомогу від колгоспів (харчпродукти, фураж), промпідприємств (паливо, виготовлення твердого реманенту), споживкооперації; хіба ми навчилися в разі неможна дістати ті або інші продукти з інших джерел, — виробляти їх самостійно? А що самодіяльність у справі матеріяльного постачання—річ цілком реальна—можна довести хоча б на прикладі Зінов'ївської лікарні, яку, між іншим,—за зразкову організацію роботи нещодавно нагороджено від НКОЗ червоним прапором. Ця лікарня протягом останнього року з власної ініціятиви і власними засобами організувала у себе механічну майстерню,—що забезпечила лікарню всім устаткуванням і допомогла їй устаткувати фізіотерапевтичний відділок. Тепер майстерню розширено, і 1932 року вона виходить поза межі постачання одної лише лікарні, прийнявши від ВАУ велике замовлення на виготовлення електро-приладдя.

Так само стоїть справа й щодо постачання продуктів харчування. Зінов'ївська лікарня теж дала собі раду, одержавши та обробивши саме силами свойого персонату (у вільний від роботи час) велику ділянку землі. Це дало змогу значно поліпшити харчування хворих, по-

силити постачання персоналу й частину продуктів продати місцевій кооперації. У такий спосіб незалежно від бюджетових асигнувань лікарня спромоглася ліквідувати у себе зрівнялівку в зарплаті, встановлюючи з власних коштів додаткову оплату кращих співробітників, ввести преміювання ударників, до яких тепер належить більша половина колективу, набагато піднести труддисципліну і цілком ліквідувати плинність персоналу. А хіба всі ці завдання, що їх правильно розв'язує Зінов'ївська робітнича лікарня,—не стоять тепер у центрі уваги всієї медичної громадськости? І хіба всі медсанзаклади на сьогодні зуміли перейти від „принципового обговорення" всіх цих найпекучіших питань до їх реального розв'язування. На жаль, — ні: очевидно, багато установ все ще чекають на додаткові роз'яснення, норми, асигнування.

Візьмімо ще проблему якости медобслуговування; більшість наших установ всі недоліки в цій справі намагається оясню вати „об'єктивними" причинами (брак медикаментів, брак інструментарія, недостатня підготовка молодих фахівців тощо); а чи часто згадуємо ми за цілком суб'єктивну і дуже істотну причину низької якости меддопомоги: за знеосібку в обслуговуванні хворого? Хіба можемо ми запоручитись за якість цієї допомоги, коли хворого вдома сьогодні відвідує один лікар, післязавтра—другий, а ще за два дні—третій? І коли таку саме картину маємо ми і в поліклініці, і в лікарні, коли хворому сьогодні один лікар каже і виписує одне, а завтра — другий — цілком інше, то хіба сам хворий не відчуває, що до нього ставляться знеособлено, що в організації меддопомоги щось негаразд? А від кого, як не від колективу тої або іншої установи залежить перебудувати роботу останньої в такий спосіб, щоб ліквідувати цю знеосібку, щоб кожний лікар знав певну групу хворих, щоб він постійно (до кінця хвороби) обслуговував їх.

Не дуже важко накреслити шляхи самодіяльности нашої периферії і в галузі утворення й підготови нових медичних кадрів. Адже кризу цих кадрів ми гостро відчуваємо вже з групи молодшого медперсоналу, і тут найчастіше у нас посилаються на тяжкі матеріяльні умови молодшого персоналу, на систематичний відплив його на іншу роботу, що краще сплачується. Але поруч цього ми чомусь майже не згадуємо за потребу утворити пляновість у вербуванні молодших медкадрів, хоча лінією промисловости потребу пляново го втягнення нових кадрів до виробництва на сьогодні уже вважають за аксіому. В той же час, здавалось-би, саме життя натикає нас на правильне розв'язання проблеми — звідки діставати для медустанов регулярного припливу нових кадрів молодшого персоналу. Адже—коли ми щороку розгортаємо дедалі міцнішу мережу сезонових ясел на селі, то для ясельних установ ми знаходимо величезні кадри обслуговуючого персоналу з мас колгоспної людности. Чому не поставити питання так, щоб і кращу роботу медустанов взагалі так само забезпечити, заповнюючи з них вакантні посади молодшого персоналу особами, напрямлюваними від колгоспів, складаючи з останніми відповідні умови? А чому і по містах не забезпечити пляновий набір молодшого персоналу складанням аналогічних умов із спілкою хатніх робітниць? *)

А щоб зацікавити осіб, що їх виділяють колгоспи та спілка хатробітниць, і закріпити їх на роботі по медсанзакладах,—чому здоровінспектурам і медсанустановам, складаючи згадані умови,—не передбачити і від себе зобов'язання забезпечити поступове підвищення кваліфікації виділюваного молодшого персоналу, маючи на меті підготовити з нього робітників середньої кваліфікації?—У такий саме спосіб ми водночас допоможемо розв'язати другу частину нашої проблеми — зменшити кризу середнього медперсоналу. За цілком реальний спосіб домогтися зменшення цієї кризи слід визнати також широке розгорнення мережі наших виробничих медтехнікумів, що їх треба організовувати на базі кожної значної лікарні, які є по всіх містах України.

Ще геть не вичерпані також можливості й щодо розширення мережі наших виробничих медвиш'ів, і в цій галузі запорукою дальшої успішної організації таких ВИШ'ів повинна бути енергійна участь та ініціятива в цій справі місцевих медсанзакладів та органів охорони здоров'я. Можна ще навести чимало прикладів, щоб довести, яку видатну ролю відограє самодіяльність місцевих органів у справі поліпшення стану й діяльности медсанмережі. Проте, й сказаного досить, щоб зрозуміти, що, допомагаючи своєю ініціятивою роботі центральних урядових органів,—кожний медробітник сприяє розв'язати наші численні „кризи", піднести справу медобслуговування працюючих і поліпшити власні матеріяльно-побутові умови.

*) У цьому таки № бюлетеня надруковано текст типової умови з колгоспами на постачання від них робсили. — Ред.

Найважливіші завдання в галузі оздоровлення підприємств

Потреба допомогти промисловости виконати завдання останнього року завершення п'ятирічки вимагають від органів охорони здоров'я ще більше скерувати свою увагу на поліпшення медсанобслуговування підприємств.

Основні завдання полягають у тому, щоб ще більше уваги віддати питанням боротьби за зниження захворуваности та травматизму робітників, піднесенню на найвищий щабель санітарного стану підприємств, цілковитому здійсненню санмінімуму та боротьби за чистоту на підприємствах, а також цілому ряду інших оздоровних заходів, що значно сприяють оздоровленню робітничих мас і насамперед робітничих мас провідних галузей промисловости.

Найвідповідальніші за цю справу на підприємстві є насамперед медсанцехи, пункти першої допомоги, промсанлікарі і профзахбюра. Ці окремі ланки охорони здоров'я в зв'язку з вищезазначеними завданнями треба перебудувати в такий спосіб, щоб вони дійсно відповідали тим вимогам, що їх ставиться перед ними. Основна доскональна система соціялістичної охорони здоров'я на підприємстві є медсанцех. Треба констатувати, що до цього часу не зважаючи на ряд постанов та директив НКОЗ, місцеві органи охорони здоров'я, та єдині диспансери і великі поліклініки не віддавали медсанцехам тієї уваги, що на неї вони заслуговують. Не зважаючи на кількісне виконання пляну щодо розгортання медсанцехів 1931 року, обсяг і зміст діяльности вже організованих медсанцехів ще геть не відповідає тим вимогам, що їх перед ними ставиться.

Окремі частини медсанцеху, які передбачено за положенням та схемою, майже на 50% ще не організовано. Спостерігається, що такі важливі частини, як диспансерні бюра, фізіологогігієнічні ляборторії, музеї промсанітарії та техніки безпеки не дістали того мінімального укомплектування, що забезпечило б вимоги виробництва. Спостерігається, що великий відсоток лікарів, які працюють по медсанцехах, фактично працюють, сполучаючи декілька посад і через це не можуть приділити достатньої уваги тій важливій роботі, що її вони повинні провадити в медсанцеху.

Шість умов тов. Сталіна, здійснення яких забезпечує цілком правильну організацію праці медсанцеха, не досить іще відбились в побудуванні роботи медсанцеха. Ще й досі медсанцехи не поставили основним стрижнем своєї роботи боротьбу за зниження захворуваности й травматизму. Єдині диспансери, не зважаючи на те, що медсанцех повинен бути провідною та основною ланкою в розв'язанні всіх питань єдиного диспансера на підприємстві, особливо в справі боротьби за зниження захворуваности та травматизму, не встановили чіткого і конкретного керівництва медсанцехами в цій справі.

Здійснення санмінімуму, цілком пов'язане з боротьбою за зниження захворуваности й травматизму, нагляд за елементарною чистотою на підприємстві в багатьох місцях замість забезпечити чіткий конкретний підхід до певних ділянок на підприємстві — обмежується лише вказівками суто загального характеру. Так, наприклад, умови, що їх треба складати на проведення санмінімуму на підприємствах, своїм змістом фактично повторюють типову умову на запровадження санмінімуму на підприємстві (цю умову НКОЗ подав місцям). Проте, досвід великої кількости підприємств, які вдумливо поставилися до справи проведення санмінімуму, свідчить що складання договорів на здійснення санмінімуму, будучи розвитком згаданої типової умови в розрізі кожного окремого цеху, для яких визначається запровадження певних заходів, дає чималий ефект.

Треба також зауважити, що розгортання цехових пунктів першої допомоги, не зважаючи на важливість наближення першої медичної допомоги до цеху перебігає дуже млявими темпами. Медсанцехи та єдині диспансери не проявляють потрібної впертости, щоб дістати потрібних для цехмедпунктів приміщень, не використовують місцевих кадрів та ресурсів, не допомагають цеховим пунктам першої допомоги і не скеровують діяльности цехових пунктів першої допомоги на запровадження широкої санітарно-профілактичної роботи по цехах.

Таке ставлення до найважливішої роботи щодо поліпшення умов праці й побуту робітництва є не що інше, як справжній правий опортунізм на практиці. А з цим треба боротися якнайрішучіше.

Оце все набагато гальмує розвинути медсанцехи на повний обсяг. Місцеві організації охорони здоров'я повинні протягом найближчого кварталу 1932 року усунути всі зазначені хиби та недоліки в роботі медсанцехів і вжити всіх заходів, щоб удосконалити медсанцехи,

що вже існують та розгорнути медсанцехи на інших підприємствах, маючи тут на увазі, що 1932 року треба організувати медсанцехи на всіх підприємствах, що мають робітників не менше 4000, а в хемічній промисловости—з кількістю робітників од 2000.

Органи охорони здоров'я на місцях не повинні обмежуватись лише утворенням медсанцехів на зазначених підприємствах. Друге обов'язкове завдання для місцевих органів охорони здоров'я це перебудувати роботу пунктів першої допомоги на дрібніших підприємствах. Ця перебудова повинна полягати в тому, щоб спрямувати діяльність пунктів першої допомоги, крім поліпшення першої медичної допомоги, ще на боротьбу за зниження захворувальности й травматизму та на боротьбу за чистоту і санмінімум.

Лікар і взагалі ввесь персонал пункту першої допомоги повинен поруч своєї лікувальної роботи постійно й систематично працювати в галузі промислової санітарії, себ-то пункт першої допомоги повинен стати медсанпунктом підприємства, наближуючись методами та практикою своєї роботи до медсанцехів.

Медсанпункти—такою мусить бути їхня назва й надалі — відповідно до постанови колегії НКОЗ повинні пам'ятати, що обслуговуючи підприємсва, вони відповідають за всю постановку і практику лікувальної і санітарної роботи на підприємствах. Таким саме напрямком місцевим органам охорони здоров'я й належить негайно реорганізувати всі пункти першої допомоги на підприємствах.

За постановою РНК УСРР з 1 лютого 1932 року (протокол № 4/734) „Про заходи до поліпшення санітарного обслуговування робітників" ухвалено „організувати у промислових районах та містах інститут громадських санітарних уповноважених з місцевого робітничого активу, поклавши на цих уповноважених, під загальним лікарським керівництвом, поточний санітарний нагляд за промисловими підприємствами, громадським харчуванням"...

Ця постанова дає медсанцехам та медсанпунктам широкі можливости дійсно поліпшити санітарний стан на промислових підприємствах. Завдання медсанцехів та медсанпунктів є в тім, щоб негайно розпочати організацію цього активу та зосередити його під керівництвом медсанцехів і медсанпунктів навколо питань боротьби за санітарний стан підприємства за здійснення санмінімуму й заходів щодо чистоти на підприємствах.

Звичайно, що обмежуватися лише активом громадських сануповноважених недосить. Ще до видання зазначеної постанови РНК УСРР Наркомздоров'я спільно з ВУРПС склали положення про організацію на підприємствах в складі бригад (осередків) охорони здоров'я інститут бригадирів охорони здоров'я. Положення передбачає на кожні сто робітників виділяти одного бригадира.

Цілком зрозуміло, що цьому активу, який може й повинен чимало сприяти справі запровадження санмінімуму, зміцненню всієї боротьби за зменшення захорувань тощо треба приділити максимальну увагу.

Отже, знову таки зрозуміло, що треба здійснити на практиці вищезазначене положення про бригадирів охорони здоров'я.

Нарешті, велику ролю мобілізації широкого активу робітників на справу оздоровлення праці і побуту має т-во оздоровлення праці і побуту, що поширює свій вплив на ввесь здоровоохорончий актив робітників на підприємстві. І першим завданням медсанорганізації підприємства є завдання щільно зв'язатися з т-вом, забезпечуючи собі його допомогу в організації і мобілізації робітників навкруги питань охорони здоров'я на підприємстві.

Медсанцехи, перетворюючи пункти першої допомоги на медсанпункти із завданням провадити широку промислово-санітарну роботу промсанлікарям, що є фактично керівниками цієї роботи на самому підприємстві, треба досить чітко та конкретно поставитися до медсанцехів і особливо до медсанпунктів.

Зважаючи на те, що штатних промсанлікарів передбачено лише в медсанцехах, себ-то на більш-менш великих підприємствах, міські або районні промсанлікарі повинні так побудувати свою роботу щоб допомогати підприємствам, де є лише медсанпункти, щоб промсанлікар знав і відповідав за роботу медсанпунктів також і на цих дрібних підприємствах.

Важливі й спеціяльні завдання, що повстають в звязку з організацією медсанцехів і перебудуванням пунктів першої допомоги в медсанпункти, становлять на першу чергу потребу в постійному методолого-практичному керівництві ними. Звичайно, насамперед керівництво цією роботою в цілому повинні провадити єдині диспансери та поліклініки, яким це насамперед і належить, але ще більш стає завдання сконцентрувати керівництво цією роботою (боротьба

з захворуваністю й травматизмом, оздоровлення праці, боротьба за санмінімум і чистоту на підприємстві і т. ін.) в загально-міській або загально-районній установі, яка-б дійсно могла керувати цією роботою, починаючи з єдиних диспансерів і аж до медсанпунктів. Такою установою є на цей час профзахбюро, що в особі районного або міського промсанлікаря безпосередньо підпорядковується міському або районному здоровінспектору.

Ті завдання, що на цей час стоять перед медсанцехами, медсанпунктами і взагалі єдиними диспансерами щодо безпосередньої допомоги підприємству в справі виконання ним свого промфінпляну, звичайно потрібують значного розширення функцій профзахбюра. Останнє не може вже обмежуватись у своїй роботі, так званою боротьбою за зниження проф. захворуваности, дуже бо вузьке це завдання, а на практиці профзахбюра вже спромоглися набагато розширити межі своєї діяльности.

В зв'язку з цим цілком своєчасно поставити питання про реорганізацію профзахбюр на промсанстанції, які мають відповідати за всю роботу щодо безпосереднього обслуговування підприємства в загально-міському або в загально-районному маштабі.

Особливої ролі набувають промсанстанції в зв'язку з перетворенням пунктів першої допомоги на медсанпункти та побудуванням медсанпунктів на дрібних підприємствах. Брак кадрів і апаратурно-лябораторних ресурсів звичайно не дасть змоги забезпечити кожне окреме дрібне підприємство рядом елементів, що їх мають медсанцехи на великих підприємствах. Проте, без цих елементів робота медсанпунктів та медсанцехів дрібних підприємств була-б недостатньою. Так, не можна натепер забезпечити їх окремими заводськими лябораторіями, музеями, санітарно-побутовими бюрами і т. ін. Отже мовиться про те, щоб промсанстанція видогравала ролю тієї установи, що сконцентрувавши в себе всі елементи для всього району або міста і плянуючи в такий спосіб свою роботу, допомогала медсанпунктам та медсанцехам дрібних підприємств.

Нарешті за вищу ланку всієї системи оздоровної роботи на підприємстві правлять наші інститути патології та гігієни праці. Ці інститути повинні всім своїм науково-методологічним досвідом цілком перешикуватися на безпосередню допомогу промсанстанціям, медсанцехам, медсанпунктам і взагалі єдиним диспансерам в їхній боротьбі за оздоровлення підприємств.

Інститути повинні вийти за межі своїх кабінетів, перекинути свою роботу безпосередньо в цех.

Проте, робота інститутів жодної хвилини не може проходити відокремлено від діяльности решти ланок охорони здоров'я. Їхній зв'язок саме здійснюється спільним побудуванням єдиного пляну науково-практичної роботи. На інститути патології покладено відповідати за допомогу підприємствам виконати плян, а низові одиниці не меншою мірою відповідають за чітке й своєчасне виконання своїх зобов'язань щодо пляну.

Отже, місцеві органи охорони здоров'я мають завдання переглянути зверху аж донизу всю роботу безпосереднього медсанобслуговування робітників і утворити та зорганізувати всі вищезазначені ланки охорони здоров'я, пам'ятаючи, що на ці ланки покладається велика задача щільно підійти до оздоровлення робітників на підприємстві та безпосередньо допомогти промисловості виконати її промфінплян.

Таким напрямом треба розглядати директиву НКОЗ, що її подано в цьому бюлетені.

Курорти — на службу соціялістичному будівництву

Нещодавно НКОЗ переглянув та ствердив на 1932 рік пляни роботи курортів. Лікувальні та експлуатаційні пляни курортів проходили цього року зовсім не так, як це бувало за минулих років. Якщо в минулому ми більше намагалися збудувати роботу курортів так, щоб не було недовантаження та щоб домогтися ефективности в розумінні певної медичної та господарчої постановки, то тепер на 1932 рік питання щодо розгортання курортів стоїть уже не тільки в цьому, а геть ширше.

Бурхливе зростання всього народнього господарства, чимале зростання промислових робітничих кадрів, піднесення матеріяльного та культурно-побутового стану робітничих і колгоспних мас становлять зовсім інакше, порівняльно до минулого, питання про використання курортів. Плян на 1932 рік насамперед обертає курорти обличчям до цих мас і цілком підпорядковує курорти завданням соціялістичного будівництва. За першу вимогу править масовість у справі обслуговування робітників і колгоспників курортами й доцільним відпочинком. Замість

75.000 чол., яких ми пропустили 1931 року, плян передбачає перепустити через курорти та санаторії 130.000 чол. Ріжними ж видами масового робітничого відпочинку (будинки відпочинку, будинки вихідного дня, парки культури та відпочинку, курортові бази для туристів та інше) ми передбачаємо охопити близько 1.000.000 чол.

Завдання перепустити таку колосальну кількість трудящих протягом 1932 року висуває на передній плян потребу реконструювати всі галузі курортової роботи.

Реконструкція, передусім, повинна поширитися на справу соціяльного складу хворих. Ефект роботи, що її було проведено в галузі виконання директив партії та уряду, щоб відсоток робітників од варстату становив на курортах до 55%, значно знизився через спостережену безвідповідальність, що була в справі регулювання клясового складу хворих. Досвід довів, що потрібно кожному курорту окремо дати контрольні цифри щодо соціяльного складу хворих. Такий порядок ліквідує знеосібку в справі відповідальности за соціяльний склад хворих на тому або тому курорті та санаторії; цей порядок скоротить тенденцію окремих курортів безконтрольно продавати санаторні ліжка на місцях, спонукає курорти боротися за клясову чистоту заповнювання санаторій, примусить місцеві курортові управи ставити опір натискові дрібно-буржуазної стихії та не прямувати лінією найменшого опору в справі заповнювання санаторій.

Завдання перепустити робітників од варстату 65% на бальнеологічних і 56% на кліматичних курортах треба виконати безперечно, і щодо кількісного, і якісного виконання. НКОЗ та Українська курортова управа намітили заповнювати курорти та санаторії так, щоб відсоток робітників літнього часу, себто підчас найбільшого розвитку сезона, ні в якому разі не був нижчий за зимовий та осінній місяці.

Тут разом треба відмітити, що медичний відбір хворих на місцях стоїть зовсім незадовільно. Останніх років не зменшилася кількість хворих, що мали протипоказання для лікування на курортах. Звідси виникає суто життєва потреба мати санаторно-відбірні комісії по всій периферії. Наступного року такі комісії утворюються на місцях (на це дали згоду ВУРПС та Головсоцстрах). Комісії матимуть чималу вагу. Поперше, налагодивши правильний відбір хорих, ми визволимо державу від непродуктивних витрат, що становлять декілька сот тисяч. Подруге, включивши санаторно-курортову справу в систему єдиного диспансера, ми тим самим покладаємо на санаторно-курортові відбірні комісії, яко на елементи єдиного диспансера, завдання державної ваги.

Виявляти потребу робітничої кляси та колгоспного селянства в санаторно-курортовій допомозі, переходити до пляново та доцільного задоволення трудящих курортовою допомогою, складати міські та районні пляни й заявки, провадити обов'язкову диспансеризацію всіх хворих, що відряджуються на курорти, тримати щільний зв'язок з курортами, організувати кабінети обліку лікування на курортах, — ось моменти, що мусять відобразитися і в роботі єдиних диспансерів на місцях, і на самих курортах.

До пляну на 1932 рік у роботу всіх курортів залучено всі перелічені тут моменти.

Дальшим моментом реконструкції роботи курортів є справа найліпшого обслуговування робітників провідної галузі промисловости. Маючи це на меті, НКОЗ виділяє в більшій частині курортів санаторії підвищеного типу для робітників вугільної промисловости, металістів, хеміків. Ці санаторії повинні бути показові щодо медичного та господарчого обслуговування робітників. Для цих санаторій відведено в Одесі, Слов'янському, Бердянському та Києві кращі будинки, виділено найкраще обладнання. Укркурупр збільшує витрати на утримування ліжок по цих санаторіях порівняно до інших санаторій. Щоб дійти найкращої ефективности перебування робітників у цих санаторіях, збільшуються всі показники обслуговування (кубатура приміщень, допоміжний штат, харчування, культобслуговування тощо).

Санітарна та фізична культура має найширше та конкретне відображення в пляні 1932 року. Розгорнута широка санкультура тепер, на 1932 рік, напрямлюється вглиб, причому обов'язково вивчатиметься її ефективність. Гасло „фізкультура протягом цілої доби" наступного року здійснюватиметься зо всією настійністю.

Ліквідувати прорив у справі забезпечення курортів кадрами можна, значною мірою реконструвавши організацію медопомоги на курортах. Чималу вагу має тут використання професури та клінічних лікарів (адже ж вони у зв'язку з переходом інститутів на безперервний навчальний рік не можуть перебувати на курортах триваліший час — $4^1/_2$ — 5 місяців). Отже, цим напрямком перебудовується медична допомога на курортах, але треба водночас, щоб і мединститути собі теж перебудували свою роботу та виконали директиву Наркомздоров'я, виділивши певні

кадри лікарів для роботи на курортах літнього часу. Цього вимагає завдання, щоб кваліфікація медичної допомоги не тільки не знижувалася, але щоб чим далі підвищувалася.

Піднести кваліфікацію курортового лікаря - середняка, відрядивши його для наукового підвищення знань до великих міст, підготовити досвідчених помічників у вигляді інтернів та середнього медперсоналу (з ухилом у курортовій медицині) — це ланки одного й того самого ряду в справі організації меддопомоги на курортах. Отже, НКОЗ організував інтернатуру в Одесі при бальнео-фізіо-терапевтичному інституті та ще в Харкові при інституті удосконалення лікарів. Медичні технікуми утворено в Слов'янському та Одесі.

Проте, цього замало. Розширивши рямки сезону для одних ліжок та встановивши існування решти санаторних ліжок протягом цілого року, курорти дістануть можливість зберігти потрібні кадри. Питання стоїть тепер не в тім, що доцільно провадити курортове лікування восени та взимку (це питання вже остаточно вирішено в позитивному розумінні), а саме в можливості пристосовувати основний фонд курортів до функціонування зимового часу. Якщо 1931 року на круглорічне функціонування було переведено близько 30% всіх санаторних ліжок, то цей відсоток на 1932 рік становитиме 50%.

Питання щодо організації харчування курортових хворих щільно пов'язується з потребою підвищити кваліфікацію кулінарного персоналу. Хоча минулий сезон, особливо літній, проходив в умовах безперебійного постачання курортам навіть найдефіцитніших продуктів, то всеж таки були випадки масових скарг.

Протягом зимового періоду ми провадимо інтенсивну підготову кадрів для їдалень та кухонь (дієтлікарів, дієтсестер та дієткухарів).

Плян віддає максимум уваги справі харчування хворих на курортах 1932 року; плян бере в основі настанову повнотою перебудувати всю роботу щодо харчування хворих. Колективи курортних робітників мусять стати на допомогу, щоб поставити харчування хворих на правильні рейки. Дієтлікарі та дієтсестри, що їхній штат набагато збільшується порівняльно до минулого року, спрямують всю свою роботу так, щоб робітник і колгоспник дійсно почули на собі, яку вагу має правильне харчування.

Зайво багато говорити про ролю та значення гаразд і раціонально поставленого відпочинку в справі відновлення робітної сили. Тут варто зацікавитися працею асистентів інституту курортології Трубач і Кузнецової, що провели облік наслідків перебування робітників Харківських заводів і підприємств у будинкові відпочинку 5-го дня. Результати перебування робітника протягом лише одного дня в такому будинкові вже містять безперечно позитивний ефект. Цікаво саме те, що наші будинки відпочинку 5-го дня ще геть не дійшли ідеальної постановки в них, а всеж таки ефект перевищив усякі сподівання.

Організація робітничого відпочинку зо-дня на день не тільки протягом тарифної відпустки робітника, не тільки на вихідний його день, але також і в проміжки часу від одної зміни до другої, — ці моменти теж відображено в пляні на 1932 рік.

Років радянської влади робітник склав собі цілком ясну уяву про пролетарський курорт, що є конденсацією чинників, скерованих на відновлення його здоров'я, його працездатності.

Настанови на те, щоб наблизити курорт до робітника відбилися в пляні 1932 року так, щоб створити лікування робітника близько місця його роботи та саме тут організувати гарний культурний відпочинок (мова мовиться про використання шлакових вод біля домен, про організацію нічних санаторій, парків культури та відпочинку, санаторій вихідного дня тощо).

Неможна обмежити завдання — поставити курорти на службу соціялістичному будівництву лише кількісно задовольнивши курортовою допомогою соціялістичний сектор нашого господарства. Стан наших курортів на цей день ще такий, що вони навіть незначною мірою не можуть відповідати тим вимогам, що ставить до них будівництво соціялізму в нашій країні. Потрібна цілковита реконструкція в справі забезпечення на курортах хворого робітника й колгоспника здоровим житлом, потрібними лікувальними процедурами, мінімальними елементами санітарного доброустрою. Ось чому українська курортова управа залучила до пляну 1932 р. початок реконструкції Одеської групи курортів, дальше розгортання реконструкції бердянського курорта, закінчення робіт першої черги в Слов'янському курорті (водогін, каналізація, травматологічний санаторій та бальнео-фізіо-терапевтичний інститут). Будівництво, передбачено також по інших курортах (Соснівка, Миргород, Гопри, Скадовськ), і собі теж має реконструктивну настанову.

Плян на 1932 р. віддає чимале місце справі раціоналізації всієї роботи на курортах. Виділивши спеціяльних робітників для цієї роботи, ми категорично поставили перед перифе-

рією вимогу, що 1932 рік мусить бути роком піднесення раціроботи на відповідну височінь. Не можна й гадати, що поставити всю роботу на правильні рейки можливо, не здійснивши 6 настановлень т. Сталіна.

Є в нас досить ефективно здійснені по окремих курортах окремі елементи настановлень т. Сталіна. Ось наприклад на Лермонтовському курорті в їдальні, що обслуговувала опріч 650 санаторних хворих, ще силу курсових хворих, зліквідовано знеособлення, що гальмує здорову роботу першої-ліпшої їдальні. Тут в їдальні в наслідок маємо надзвичайно маленький відсоток бою посуду, ліквідовано крадіжки столових приладь. Цього дійшли ми, звичайно, закріпивши за подавальницями окремі столи, посуд і приладдя: подавальниця, прибравши столи та вимивши все, запирає доручене їй майно в свою особисту скриню.

А ось іще, на Лермонтовському курорті маємо цікавий досвід соціялістичного змагання між хворими та допоміжним персоналом. На наших очах кращі ударники зі складу хворих змагалися із ударниками-робітниками курорту — перші — за краще виконання санаторного режиму, другі — за краще обслуговування. Кінець-кінцем у загальній стінгазеті та конференції обидві групи ударників, підсумувавши наслідки змагання, довели чималу ефективність обопільної роботи — саме, як наслідок соцзмагання.

Бердянський курорт довів (по деяких своїх установах), що за правильно проведеного господарчого розрахунку легко домогтися високої якости обслуговування хворого.

Треба, проте, визнати, що настановлення т. Сталіна ще дуже невеликою мірою відбилися в курортній роботі. Відбити повнотою в усій роботі настановлення т. Сталіна — саме значить поставити курорти на службу соціялістичному будівництву. Отже, всю енергію, всю волю спрямуймо на те, щоб вглибити в курортову роботу ці історичні настановлення т. Сталіна, почавши з переводу всіх установ на госпрозрахунок.

Останнього року Центральний Комітет нашої партії схвалив ряд постанов про обслуговування робітників санаторно-курортовою допомогою. Партія й робітнича кляса настійно вимагають від нас, щоб ми більшовицькими темпами перешикувалися так, щоб допомогти робітничій клясі радянського Союзу прямувати далі її переважним шляхом до соціялізму.

Виконання цього почесного завдання править для нас за основне питання цього дня, і це завдання під проводом партії ми мусимо й спроможемося виконати з перевищенням.

II. Офіційна частина

ОРГАНІЗАЦІЙНА ЧАСТИНА

Затвердила:
Заст. Наркомздоров'я М. Кустоляк
13 лютого 1932 р.

29. До складання оперативно-виробничого пляну діяльности медично-санітарних установ *)

V. Для міських ясел

У загальному оперативно-виробничому пляні міських ясел повинні відбиватися основні передумови та настановлення:

а) обслуговування дітей робітниць стосовно до виконання промфінпляну підприємств.

б) боротьба з прогулами робітниць на підприємстві з причин захворуваности дітей.

в) боротьба за здорову дитину через: боротьбу з дит. захоруваністю, переведення диспансеризації дітей, що в яслах, правильна організація виховної роботи з дітьми вдома та в яслах.

г) поліпшення якости харчування в яслах.

д) запровадження прищеплень на 100% проти дифтерії, віспи, дизентерії,

е) максимальне розгортання господарства ясел (тваринництво, городництво — тощо).

ж) зелені насадження при установі;

з) організований прийом робітників та систематичне підвищення їхньої кваліфікації.

і) раціоналізацію роботи ясел та окремих його робітників,

*) Див. також бюл. НКОЗ № 34 — 36 з 1931 р. і 1-2 з 1932 р. — Ред.

к) організацію шефства над сільськими установами, особливо ясел за час весняної, засівної та збиральної кампаній з умовою при всьому цьому обов'язково виконати по всій роботі 6 вказівок т. Сталіна.

Складання оперативно-виробничого пляну починається з попередніх опрацювань пересічних норм та показників для данної групи дітей, що обслуговують ясла на основі досвіду та цифр минулих років, зробивши належні корективи за даними підвищеної якости роботи та ефективности в результаті раціоналізаторських заходів — на основі наукових даних.

За відповідні вказівки править:

1. Облік дітей до 4 років на підприємстві, що його обслуговують ясла.

2. Облік робітниць на підприємстві (ах), що їх обслуговують ясла.

3. Залежно від інтересів виробництва, від інтересів здоров'я дітей, ураховуючи обслуговування робітниць всіх 3-х змін роботи підприємства, організація роботи ясел в такий спосіб, що прийом та повернення дітей з ясел переводилися лише двічі на добу — зранку та вдень.

4. Пересічна вартість утримання дитини в яслах (харчування, та окремих страв харчування, прання, опалення, світло, вода, педагогічні приладдя тощо).

5. Пересічний ліжко-обіг в яслах.

6. Облік захворуваности дітей за минулі роки та окремо інфекційних хвороб серед дітей.

7. Облік якости персоналу, особливо виховательок, їхня підготовка.

8. Виявлення санітарно-побутового стану дітей вдома.

9. Виявлення стану здоров'я дітей та інші показники.

На основі цих показників схематично треба скласти оперативно-виробничого пляну:

1. 100% заповнення ліжок в яслах — заходи до цього треба пророботи залежно від місцевих умов.

2 Цілковита ліквідація плинности дітей в яслах.

3. Зниження інфекцій в яслах: для цього зорганізувати прийом та здавання дітей в такий спосіб, щоб не було масової зустрічі різних змін дітей (наприклад — ранішня видача та одночасно прийом дітей від ранішньої зміни робітниць переводити в 2 різних кімнатах, або в разі неможливо мати 2 кімнати, то фільтр для прийому дітей зорганізувати окремою сестрою в окремому куткові, боксі тощо залежно від місцевих умов).

4. Боротьба з прогулами робітниць, дітей яких обслуговують ясла в спосіб організації ізоляторів (кімнату — або бокси залежно, від умов приміщення) для прийому хворих дітей в ясла з нез'ясованою діягнозою, (але ж неінфекційного характеру), підвищеною температурою, з подозрілим кашлем тощо; та 1 кімнату з боксами для дітей хворих на коросту, фавус голови, вітряну віспу, червоничку тощо).

У в а г а: для дітей хворих на кашлюк треба виділити 1 ясла на 1 міський район або одні ясла на місто.

5. Діти в яслах розподіляються на групи, до яких за пляном прикріплюється вихователька та один з технічного персоналу (12 — 15 дітей в групі). Кожна бриґада під керівництвом завідателя ясел та лікаря ясел складають плян на 1932 рік щодо конкретної групи дітей, за виконання якого (пляну) відповідає ця бриґада (в складі зав. яслами, лікаря, виховательки та одного з технічного персоналу).

До конкретного пляну щодо обслуговування групи належать такі моменти:

а) стан здоров'я кожної дитини та групи в цілому,

б) стан побутових умов вдома кожної дитини та групи в цілому. —

в) патронат вдома—які діти з групи цього вимагають та якою мірою.—

г) норми та меню харчування дітей в яслах та вдома (конкретні вказівки матері).

д) лікувальна допомога вдома (коли цю допомогу надає лікар консультації, треба її урахувати за пляном та зв'язатись щільно з консультацією).

е) щеплення всім дітям групи проти віспи та дифтерії, дизентерії та коли можливо зорганізувати проти кору за способом Дегвіца; переведення реакції Пірке.—

ж) оздоровні заходи в яслах та поза яслами (майдан при яслах, вивіз ясел в дачну місцевість, санаторія, курорт, переведення декого з дітей на санаторний режим у самих яслах).—

з) робота з матерями в яслах і на виробництві.—

6. Відчитна робота ясел в цілому та окремої групи перед громадськістю (на виробництві в консультації, на делеґатських зборах жінок—тощо).—

7. Диспансеризація відповідних груп дітей в безпосередньому зв'язкові з найближчою консультацією, або дитвідділком єдиного диспансеру.—

Примітка: для районових міських ясел, що обслуговують декілька підприємств, або підприємство та інші групи трудящих як от студентство, службовок тощо,—складання пляну провадиться за такою самою схемою, але-ж увага в основному віддається групі дітей робітниць одного основного в цьому ж районі підприємства з прикріпленням цих ясел до цього підприємства.—

Для кожної групи дітей, про що було зазначено вище, складається на основі оперативного і фінансово-виробничого пляну, тим самим переводячи роботу групи на госпрозрахунок в умовах ясел, з прямуванням відповідної бригади на використання внутрішніх ресурсів та можливостей, на максимальну раціоналізацію роботи учасників бриґади на основах соц. форм праці.—

30. Про зміни до інструкції НК РСІ СРСР у справах рахівництва та звітности держбюджетових установ

До всіх рай та місьздоровінспектур та до всіх установ безпосередньо підлеглих НКОЗ'у. Копія до НКОЗ АМСРР

1. Народній Комісаріят охорони здоров'я дістав повідомлення від Наркомфінансів УСРР про внесені зміни до інструкції НК РСІ у справі рахівництва та звітности для установ, що утримуються на держбюджеті.

Порівняльно до інструкції видання 1930 р. внесено такі найголовніші зміни:

а) З балянсу знято рахунки, якими в дійсності не користувались в рахівництві бюджетових установ, а саме; в активі — рахунок „інвалюта" та рахунок „держбюджет (або місцевий бюджет) по прибутках", в пасиві — рахунок „борги по позиках" та рахунок „прибутки".

б) Для обліку позабюджетових коштів, замісць колишніх двох рахунків (спецкоштів та сум цільового призначення), встановлено три рахунки: „спецкошти", надходження від різних організацій" та „суми за дорученням". По кожному з цих трьох рахунків проводяться такі суми:

По рахунку „спецкошти" прибутки, що мають законний титул й належать цій установі та хоч і проводяться в кошторисному порядкові, але не включаються до державного або місцевого бюджетів.

На рахунок „надходження від ріжних організацій" зараховуються надходження з позабюджетових коштів від інших установ та організацій як додаткове джерело або для покриття різних видатків на утримання установи або з певним цільовим призначенням, що його вказано при відпустці небюджетових коштів.

По рахунку „суми за дорученням"—окремо від інших позабюджетових коштів проводяться суми, що їх одержує ця бюджетова установа не на видатки своєї установи, а на виконання призначених робіт та завдань для тієї установи, яка дала ці кошти.

2. Наркомздоров'я звернувся до державного фінансового видавництва СРСР (Москва, центр, Іл'їнка, 9) з проханням надіслати накладною платнею до всіх здоровінспектур та установ, підлеглих НКОЗ'у, певну кількість примірників інструкції НК РСІ СРСР по рахівництву та звітности видання 1932 року,

По одержанні цієї інструкції Наркомздоров'я внесе зміни до „рахункового пляну для установ НКОЗ'у", що оголошено в „Бюлетені НКОЗ" № 18-21, з 15 серпня 1931 року.

3. Наркомздоров'я пропонує всім здоровінспектурам, а також всім установам безпосередньо підлеглим НКОЗ'у, перевести їхнє рахівництво на метод копір-обліку. Такий метод треба також запровадити по всіх безпосередньо підлеглих здоровінспектурам великих установах, де тепер існує подвійна система бухгалтерського обліку.

Коли перехід на метод копір-обліку по здоровінспектурах, або по установах підлеглих НКОЗ, з будь-яких причин не можна здійснити, треба про ці причини негайно повідомити Наркомздоров'я, який остаточно вирішить це питання й дасть належні вказівки.

Керівник фінсектору НКОЗ **Довбищенко**

Керівник групи інструктажу та контролі **Пандре**

31. Про заборону без окремого дозволу та без ліцензії придбати закордоном майно або літературу

До всіх рай та місьздоровінспектур та до всіх установ безпосередньо підлеглих НКОЗ. Копія до НКОЗ АМСРР

Народній Комісаріят Охорони Здоров'я УСРР звертає увагу всіх здоровінспектур та керівників установ, безпосередньо підлеглих НКОЗ на те, що фонди, відпущені на придбання закордоном устаткування та літератури, НКОЗ розподіляє в централізованому порядку.

В зв'язку з цим та відповідно до чинних законоположень, НКОЗ категорично забороняє, без окремого дозволу НКОЗ та без забезпечення відповідними ліцензіями, безпосередньо купувати від закордонних фірм будь-яке майно або літературу, незалежно від суми покупки.

Попереджуємо, що в разі порушення цього розпорядження, винних притягатиметься до права.

Заст. Наркомздоров'я **Саратіков**

Керівник фінсектору **Довбищенко**

(Об. розп. НКОЗ з 10 лютого 1932 р.)

32. Про облік коштів, виділених на утримання ясел та на дитячі оздоровні заходи

До всіх міських та районових інспектур охорони здоров'я. Копія до НКОЗ АМСРР, МСУ нових будівництв, Медсансектору при Уповн. НК Шляхів

Постановою ВУЦВК'у і РНК УСРР з 5 березня 1930 р. „Про заходи до колективізації й оздоровлення дитячого побуту" („Бюлетень НКОЗ за 1930 р. № 10) та інструкцією НКЗдоров'я та НКОСвіти УСРР „Як застосовувати постанову ВУЦВК'у і РНК УСРР з 5 березня 1930 р. про заходи до колективізації й оздоровлення побуту" („Бюлетень НКОЗ" 1930 р. № 23-24) на промислові, комунальні, сільсько-господарчі, торговельні, кооперативні, професійні та інші організації покладено асигновувати гроші із своїх коштів на будівництво та утримання ясел та на здійснення дитячих оздоровних заходів.

У законі та інструкції зазначено також конкретні зобов'язання, що їх покладено на ті або інші організації (як розмір відрахувань, наприклад), і те, які організації, які саме кошти витрачають безпосередньо, а які кошти передають органам народньої освіти та охорони здоров'я.

Відомості, що є в Наркомздоров'я, доводять, що інспектури охорони здоров'я досі не вжили заходів до повної реалізації постанов ВУЦВК'у і РНК і не одержують усіх належних їм коштів на будівництво та утримання ясел на дитячі оздоровні заходи. Виявити ж активність здоровінспектур і повногу виконання закону часто заважають різноманітна практика обліку та витрачання грошей. Одні з інспектур залучають ці суми до кошторисів фонду меддопомоги й самі ведуть облік цим коштам; по деяких районах ці суми залучається до місцевих бюджетів, і здоровінспектури не ведуть безпосередньо обліку цих сум; в інших районах усі суми залишається в розпорядженні комісій колективізації дитячого побуту, і витрачувані на ясла та дитячі оздоровні заходи кошти зовсім не відбиваються в бюджеті охорони здоров'я.

Звертаючи Вашу увагу на потребу в найактивніший спосіб реалізувати зазначену постанову ВУЦВК'у і РНК, що дає багато можливостей для значного поширення ясельної мережі й більшого охоплення дітей оздоровними заходами, Наркомздоров'я пропонує також додержуватися одноманітного способу обліку та витрачання коштів, а саме:

1. Усі одержувані безпосередньо від організацій гроші слід залучати до прибуткової частини кошторису фонду меддопомоги.

2. Коли окремі організації вносять гроші до комісії колективізації дитячого побуту, належить одержувати від комісії ту частину, що припадає на ясла та дитячі оздоровні заходи, та залучати також і ці суми, як вказано вище, до фонду меддопомоги.

3. Усі одержувані гроші зберігати на поточному рахунку здоровінспектури.

4. У видатковій частині кошторису фонду меддопомоги відбивати видатки і на будівництво й утримання ясел, і на дитячі оздоровні заходи.

5. На будівництво та утримання ясел у кошторисі фонду меддопомоги слід виділити такі суми:

а) всі кошти, що мають надійти від ріжних організацій;

б) найменш 5% з основного ліміту фонду меддопомоги.

6. На дитячі оздоровні заходи у кошторисі фонду меддопомоги слід виділяти такі суми:

а) всі кошти, що мають надійти від різних організацій;

б) найменш 2% з основного ліміту фонду меддопомоги.

Про порядок ведення обліку та звітности з фонду меддопомоги показано в інструкції, вміщеній у „Бюлетені НКОЗ" за 1931 р. № 6-7).

Заст. Наркомздоров'я УСРР **Саратіков**

Керівник групи фондів **Санжур**

(Об. розп. НКОЗ з 20 лютого 1932 р. № 52—011)

33. Лікувальні установи повинні сповіщати органи міліції та розшуку про осіб, що потерпіли від різних подій.

До міських і районових інспектур охорони здоров'я.

В обіжникові 21 серпня 1925 р. № 89 НКОЗ пропонував адміністраціям лікарень і лікувальних установ негайно повідомляти органи міліції про випадки звертання до лікувальних установ осіб, які потерпіли від різних подій.

Головне Управління міліції та кримінального розшуку, наводячи низку фактів, повідомило НКОЗ, що згаданого розпорядження лікувальні установи не виконують і цим завдають значної шкоди справі розсліду злочинів і своєчасного викриття злочинців.

Отже НКОЗ пропонує всім адміністраціям лікарень і всіх лікувальних установ негайно повідомляти найближчий район міліції про звертання по допомогу до лікарні або лікувальної установи осіб, що потерпіли від різних подій у випадках:

а) Коли до лікувальної установи вступають особи, що мають якенебудь ушкодження на тілі — вогнепальне або колоте-різане; особи з ознаками отруєння; особи, що потерпіли від спроби заподіяти собі смерть або від нещасних випадків.

б) Спроб до аборту або з ознаками вже зробленого аборту, що мав наслідком тяжкий стан, що загрожує життю особи, потерпілої від аборту, зробленого не належною особою, або не в належних умовах.

Повідомляючи про наведене, НКОЗ пропонує мати пильний нагляд за додержанням згаданих правил.

Заст. Наркомздоров'я **Кустеля**

Заст. керівника оргсектору **Шмуйлов**

(Об. розп. НКОЗ з 21 січня 1932 р. № 4201-1-06)

34. Про виселення сторонніх осіб з приміщень медсанустанов.

. х і міських інспектур. До всіх держбюджетових медустанов Копія НКОЗ АМСРР.

За постановою ВУЦВК'у й РНК УСРР з 31 серпня 1931 року, „про адміністративне виселення громадян з житлових приміщень" (збірник Уз. УСРР 1927 р. ч. 43 арт. 196), виселення сторонніх осіб з приміщень медсанустанов і учбових закладів провадиться адмін. порядком, при чому з 1 квітня до 1 листопада кожного календарного року виселяти адміністративним порядком можна надаючи виселюваним іншого приміщення, крім деяких категорій мешканців, точно визначених в законі, як-то: родини червоногвардійців, наукових співробітників тощо. Це правило вточнено арт. 7 постанови НКЮ й Наркомгоспу УСРР з 27 вересня 1931 р. (збірник Уз. УСРР 1931 р. ч. 30 арт. 236).

Стверджуючи ще раз свої аналогічні попередні розпорядження в цій справі, НКОЗ пропонує вжити найрішучих заходів і виселити всіх сторонніх осіб протягом 1932 року. Беручи на увагу, що за чинним законодавством виселюваних осіб треба попереджувати за 2-3 місяці до виселення і його можна розпочати з 1 квітня, то вже тепер слід офіційно повідомити зайвих осіб про їх виселення в 1932 р., а в квітні м-ці подати відповідні заяви до органів міліції, на яких тепер покладено адмін. виселення громадян з житлових приміщень. Якщо органи міліції не виконуватимуть законних вимог про адмін. виселення, слід негайно звернутися по допомогу до місцевого прокурора, покликаючись на вищезгаданий закон й постанову НКЮ та Наркомгоспу УСРР, а у випадках ненадання по таких справах допомоги від місцевого прокурора — повідомляти генер. прокуратуру УСРР й НКОЗ УСРР.

Наркомздоров'я **Канторовіч**.

(Об. розп. НКОЗ з 12 лютого 1932 р.).

35. Виїзди медробітників до Наркомздоров'я — лише з дозволу останнього.

Згідно з розпорядженням Наркома Охорони Здоров'я тов. Канторовіча приїзди медробітників до НКОЗ у справах переводу на інше місце роботи надалі припускати лише з попереднього дозволу від Наркомата.

(Розпорядж. Наркома Охорони Здоров'я тов. Канторовіча з 25 січня 1932 р.).

36. Про порядок, як стягати оплату за компослуги.

(Роз'яснення Наркомгоспу УСРР з 15 січня 1932 р.).

Наркомгосп УСРР звернув увагу місцевих органів комгоспу, що, припиняючи відпуск комунальних послуг неплатника після спливу надмірно коротких термінів, встановлених для оплати,— вони порушують постанову РНК СРСР з 16 серпня 1931 року (про сплату за електроенергію протягом 10 днів з дня подання рахунку) та постанови РНК УСРР з 21 листопада 1922 року, НКЮ та НКВС УСРР з 20 вересня 1930 р. (термін сплати за каналізацію та користування водою, за асенізаційні послуги та вивіз покидьків — 2 тижні).

Наркомгосп запропонував місцевим комгоспам таке:

1. Встановити терміни, що після них можна припинити відпуск комунальних послуг неплатникам відповідно до постанов урядів СРСР та УСРР.

2. Припиняти відпуск комунальних послуг споживачам не як правило, а на виняткові випадки.

3. У разі в даному залюдненому пункті трапиться будьяке епідемічне захорування, наявність якого встановить місцевий орган охорони здоров'я, позбавляти людність можливості користуватися водою, каналізацією, асенізацією та вивозом покидків забороняється.

(Оригінал цього розпорядження підписав заст. Наркомгоспу **тов. Косило**).

37. Про порядок складання листування.

Щоб запобігти непорозумінням з приводу неправильного складання листування міськими і райздоровінспектурами, подаються тут правила складання листування, яких слід обов'язково додержуватися.

1. У кожному листі, що є відповіддю на запитання, слід обов'язково посилатися на індекс листа, на який подається відповідь.

2. Проставляти штамп (назва району, назва установи, адреса посилача), індекс і дату.

3. Зазначати додаток, у разі такий є (кількість аркушів).

4. Зміст листа треба складати стисло, чітко, вичерпно, без зайвих речень, щоб уникнути різного тлумачення.

5. Коли лист великого розміру — давати з боку стислий зміст листа до кожного розділу тексту.

Група раціоналізації управління НКОЗ: **Неміровський**.

(Лист № 4537-3-46 з 12 лютого 1932 року).

КАДРИ

38. Про договори із колгоспами на постачання робсили медустановам.

До всіх районових і міських інспектур охорони здоров'я. Копія — до НКОЗ АМСРР

Застосовуючи настановлення тов. Сталіна, що він визначив в своїй промові на нараді господарників 3 червня 1931 р., до справи охорони здоров'я, НКОЗ вважає за потрібне реорганізувати порядок комплектування молодшого медичного персоналу (санітарів тощо) і від системи самопливного заміщення вакансій випадковими і нездатними елементами перейти на комплектування кадрами потрібного соціяльного стану, складаючи відповідні умови з колгоспами на селі з тим, щоб колгоспи вилучали для роботи в медустановах певні групи колгоспників, зокрема жінок.

Отже НКОЗ подає тут таку типову угоду й пропонує наведеним порядком розпочати вербування молодшого медперсоналу. Цю справу слід провадити, порозумівшись з місцевою райколгоспспілкою, а договір зареєструвати в місцевому відділі праці.

Наркомздоров'я **Канторовіч**.

(Об. розпор. НКОЗ з 9 лютого 1932 року № 810-16).

ТИПОВИЙ ДОГОВІР

між інспектурами охорони здоров'я та колгоспами про комплектування робітників на посади молодшого медичного персоналу

193 р. дня інспектура охорони здоров'я в особі інспектора т. яка далі зветься інспектурою, з одного боку й правління колгоспу в особі т. що діє з доручення правління колгоспу з , який далі зветься колгосп, з другого боку, щоб організовано забезпечити робітниками посади молодшого медперсоналу в районі (або місті) та поліпшити мед.-сан. обслуговування колгоспу, склали такий договір строком на міс.

1. Колгосп за активною участю колгоспних мас допомагає інспектурі набирати для роботи у медсанустановах району (міста) на посадах молодшого медичного персоналу (санітарів, сидухи...) членів колгоспу в кількості осіб, з них жінок

2. З одержанням колгоспниками, що виявили бажання виїхати на роботу, повідомлення інспектури про виїзд на роботу, колгосп своєчасно звільняє їх від роботи в колгоспі для виїзду на місце роботи.

3. Колгосп зобов'язується не відкликати своїх членів з роботи в медустановах.

До тих членів колгоспу, що свавільно без поважних причин кинули роботу, колгосп ставить питання на загальних зборах колгоспу, який вживає заходів громадського впливу, щоб повернути їх на роботу.

4. До колгоспників, що працюють у медсанустановах за даним договором та членів їхньої родини колгосп застосовує всі правила, які встановлені статутом колгоспу та всі пільги, передбачені постановою ЦВК і РНК СРСР з 30 червня 1931 р. (Зб. Зак. СРСР ч. 42, арт. 286) про відхідництво та іншими постановами в цій справі.

5. Інспектура зобов'язується:

а) Провадити своїми силами всю організаційну роботу, зв'язану з вербуванням колгоспників, а саме: медичний огляд, складання списків на завербованих колгоспників, купівля квитків, видача добових, спровадження до місця роботи.

б) Сплатити фактичні витрати за переїзд на місце роботи.

в) Видавати добові за час перебування в дорозі в сумі 2 крб. 50 коп. за добу.

г) Не пізніш 24 годин забезпечити роботою всіх колгоспників, що з'являються до місця роботи, а також забезпечити їх житлом та харчуванням, а так само і всіма видами культ.-побутового обслуговування на умовах, встановлених для молодшого медперсоналу.

д) Виплачувати колгоспникові зарплату, згідно з кол. умовою, що чинить в мед. установах, відповідно до роботи, що її виконує колгоспник.

е) Надати можливість некваліфікованому членові колгоспу пройти короткотермінову підготовку в медсанустанові (від до місяця), щоб набути певну кваліфікацію.

ж) Забезпечити протягом років перепідготовку завербованих колгоспників на робітників середнього медперсоналу.

з) Скласти з кожним окремим колгоспником індивідуальний договір, в якому визначити точні умови роботи колгоспника.

6. Щоб поліпшити медсанобслуговування колгоспу, інспектура зобов'язується (зазначити конкретно зобов'язання інспектури, наприклад: організувати дитячі ясла, майданчики, консультацію тощо).

Цей договір обговорено загальними зборами колгоспу числа 1932 р. № . . .

Підписи: Колгосп
Інспектура

Договір цей зареєстровано інспектурою (відділом) праці 1932 р. за №

Інспектор / відділ праці району.

(Підпис)

39. Про обов'язковість приймати на роботу медробітників, зареєстрованих в органах охорони здоров'я.

До всіх відділів праці та інспекторів праці. Копія: ЦК У. Ч. Х.

Згідно з постановою РНК УСРР з 17 квітня 1924 року (Збор. Уз. УСРР 1924 р. № 10 арт. 94) медробітники можуть вступати на роботу за медичним фахом лише в тому разі, коли ці медробітники зареєстровані в місцевих органах охорони здоров'я, тоб-то: в міських або районових інспектурах охорони здоров'я. Проте, деякі органи та установи Червоного Хреста та Промстрахкас приймають на роботу медробітників, які не зареєстровані в інспектурі охорони здоров'я даного міста або району, чим ламають чинне законодавство, а також пляновий розподіл кадрів.

Отже Наркомпраці роз'яснює та пропонує взяти до неухильного виконання, що приймати на роботу медперсонал, якого не взято на облік в міській або районовій інспектурі охорони здоров'я не припускається. Інспектору праці пропонується слідкувати за правильним прийомом на роботу медробітників і в разі виявлення неправильностей притягати винних до відповідальности.

Заст. Наркомпраці УСРР Худокормов

(Об. розпор. НКПраці УСРР з 4 лютого 1932 р. № 43309)

40. Про заміщення лікарських посад за конкурсом

До всіх інститутів НКОЗ

(окремо не надіслано)

НКОЗдоров'я роз'яснює, що всі лікарські посади всіх інститутів НКОЗ заміщуються згідно з постановою НКОЗ з 18 листопада 1930 року (див. бюлет. НКОЗ 1930 р. № 22), себ-то за конкурсом; причому матеріяли конкурсів (протокол комісії та заяви) треба надсилати до НКОЗдоров'я для затвердження. Щоб усунути зайве листування, НКОЗ нагадує, що разом з матеріялами, які треба надсилати на адресу сектору кадрів НКОЗ, треба обов'язково посилати на т.т., яких обрав Інститут, облікову картку наукового робітника за формою, що тут додається.

Поза конкурсом НКОЗ призначає лише осіб, які закінчили аспірантуру або що їх напрямлено після закінчення ВИШ'у на наукову роботу.

Заст. Наркомздоров'я **Кустоляи**

Сектор кадрів: **Туркельтауб**

Сектор науки: **Я. Ліфшиць**

(Об. розп. НКОЗ з 5 лютого 1932 р. № 451)

Назва Інституту

Облікова картка

на наукових робітників інститутів Наркомздоров'я УСРР (зав відділами, катедрами, доцентів професорів, викладачів, ст. асистентів, асистентів, ординаторів)

1. Прізвище, ім'я та по-батькові .
2. Рік народження 3. Стать
4. Партійність (з якого року чл. партії)
5. Соц. походження (з робітників, селян, службовців, інтелігентів) .
6. Національність
7. Освіта (яку школу й коли закінчив)
8. Фах (основний та додатковий) .
9. Яку обіймає посаду в інституті, з якого часу (зазначити докладно) та чи вважає її за основну .
10. Перелічити всі посади, що обіймає за сполученням .
11. Чи входить до складу науково-дослідчої організації:
 а) назва друкованих праць за 5 років .
 б) розробка наукових теорій .
 в) апробація науковими установами й де були рецензії .
 г) апробовані та премійовані праці з виробництва
 д) ляботраторно-дослідчі праці, друковані статті в галузі виробництва
12. З якого року провадить наукову роботу взагалі, та зокрема в даному інституті
13. Стаж у вищій школі (зазначити, де працював і скільки часу) .
14. Якою мовою викладав .
15. Участь в громадському житті .
16. В яких наукових відрядженнях закордоном та в межах СРСР був та коли .
17. Якими володіє чужоземними мовами
18. Військовий стан (чи є на обліку військомата)

Дата 193 . . . року.

Підпис наукового робітника:

Ці дані стверджує адміністрація Ін-ту

(підпис Директора Ін-ту)

41. Про ставки заробітної плати медичним робітникам

До всіх міськ. та райздоровінспектур.

На підставі постанови РНК СРСР з 16 грудня 1931 р. та НКПраці СРСР з 8-1-32 р. НКПраці УССР затвердив 19-II-32 р. для медробітників з 1-го січня 1932 року нові нижченаведені оклади, що змінюють усю систему заробітної плати медробітників.

Ця нова система заробітної плати робітників охорони здоров'я повинна в максимальній мірі відповідати вимогам народнього господарства, забезпечити посилення темпів роботи медробітників, поліпшення якости медобслуговування робітників і селян, зниження захорувань та ревматизму і, згідно настановлень тов. Сталіна зламати зрівнялівку в оплаті медробітників.

Нову систему зарплати треба найщільніше пов'язати з розвитком соціялістичних форм праці—соцзмаганням та ударництвом, з повсякденною боротьбою за ліпше медобслуговування робітників та селян.

Звідси розмір оплати праці окремого медробітника повинен бути в прямій залежности від його кваліфікації, стажа, характеру, темпів і якости роботи, конкретних її наслідків.

Виходячи з вимог народнього господарства НКПраці, ВУК, Менсанпраці і Наркомздоров'я при встановленні окладів для медробітників на 1932 рік головну увагу віддали провідним галузям промисловости — Донбасу, Криворіжжю, транспорту, новобудам, соцсектору села — радгоспам, МТС: Через це особливо значний зріст окладів в 1932 р. мають медробітники по промислових районах, залізничому та водному транспорту, по соцсектору села, а також по районах прикордонної смуги.

По окремих групах робітників найбільший зріст зарплати має провідна група медробітників—лікарі, особливо ті, що працюють безпосередньо на виробництві, здравпунктах, медсанцехах та в профілактичних установах.

Менший темп зросту має група середнього і молодшого персоналу. Проте треба взяти до уваги те, що минулого року ми мали значний зріст зарплати як раз по цих групах робітників за незначного збільшення зарплати лікарській групі. Треба також взяти до уваги те, що в інших місцевостях СРСР оклади цих груп робітників і на 1932 рік в багатьох випадках нижчі проти окладів на Україні.

При визначенні ставок медперсоналові треба брати до уваги § 7 постанови НКПраці, за яким залишається чинними постанови НКПраці, що встановлюють для окремих груп медробітників вищий рівень зарплати, ніж встановлено доданою постановою.

Зокрема треба взяти до уваги, що аптечних робітників лікустанов згідно роз'яснення НКПраці СРСР та ЦК спілки медсантруд з 18 січня 1932 р. № 220/5 треба оплачувати за аналогією оплати робітників аптек, що на госпрозрахункові (постанова НКПпраці УСРР № 64 з 20 квітня 1931 р.).

За наведеним роз'ясненням НКПраці СРСР та ЦК Медсанпраці вихователів дитясел треба оплачувати, як вихователів установ Наросвіти (постанова НКПраці УСРР № 84 з 20 V31р.)

Щодо визначення місцевостей, чи окремих лікустанов, що їх треба віднести до I-ї, II-ї або III-ї групи (поясу), то, на підставі наведених у додаткові 2-му до постанови НКПраці показників, цю справу розв'язують місцеві органи праці з участю організацій спілки робітників охорони здоров'я та місцевих інспектур охорони здоров'я.

При складанні кошторисів треба брати в основному середню ставку із 3-х за відповідною групою (поясом) і рішуче не припускати механічного застосування максимальних окладів для всіх чи максимальної кількости робітників установи, бо це зведе на нівець усю суть боротьби зі зрівнялівкою в оплаті медробітників.

При персональному визначенні ставок кожному медробітникові треба суворо дотримуватися наведених у постанові НКПраці показників, що надають право медробітникові одержати ту чи ту ставку.

Одночасно НКОЗУ роз'яснює, що під медробітниками, що працюють у єдиних диспансерях треба розуміти виключно тих робітників, що працюють у лікустанові, що організовує й проводить диспансеризацію населення. Отже таких медробітників і треба оплачувати, як робітників єдиних диспансерів за постановою НКПраці УСРР з 19-II-32 р, № 7 чи за постановою НКПраці УСРР № 97 з 6-VI-31 року (якщо ставки встановлені постановою з 19-II-32 р. нижчі проти

*) Розіслано 28 січня 1932 р.

ставок, встановлених постановою НКНПраці УСРР № 97 з 6-VI-31 р).. Медробітників установ, що на їх базі єдиний диспансер проводить свою роботу треба оплачувати, як робітників загальної медсанмережі.—

Наркомздоров'я Канторовіч

Погоджено з ВУК'ом спілки Медсантруд.

Постанова Народнього Комісаріяту Праці УСРР з 19-II-32 р. № 7

На підставі постанови РНК СРСР з 16 грудня 1931 р. за № 1137 „Про підвищення зарплати медичних робітників" і постанови НКП СРСР з 8-І-32 року № 3, Про стан заробітної плати медичних робітників НКПраці УСРР постановляє:

1. Затвердити з 1 січня 1932 р. порядком державного нормування для медичних робітників, що працюють у лікувально-профілактичних та санітарних установах Союзу РСР державного й місцевого бюджетів, ставки зарплати згідно з доданою до цього схемою (1 додаток).

2. За ставками, установленими цією постановою, повинні оплачуватися й медробітники установ, що утримуються коштом фонду меддопомоги.

3. Персональне визначення ставок кожному медробітникові відповідно з доданою схемою в межах затверджених по бюджету фондів зарплати покладається:

а) для завідувачів лікувально-профілактичних і санітарних установ, їхніх заступників і помічників — на керівників вищих керівних органів здоровоохорони;

б) для решти медичного персоналу — на завідувача лікувально-профілактичної та санітарної установи, що в ній працюють ці робітники.

4. Зарплата повинна визначатися для робітників у межах установлених трьох окладів по кожній посаді окремо будучи в прямій залежності від досвіду, кваліфікації кожного робітника, обсягу роботи, що її робітник виконує, якости і наслідків цієї роботи.

В жодному разі не припускається зрівнялівка в оплаті праці медичних робітників різної кваліфікації, що дають різні наслідки робіт, хоч-би вони й посідали однакові посади.

5. Зміни встановленої для робітника ставки (підвищувати або знижувати) треба провадити залежно від кількісних і якісних показників протягом усього року, але не частіше одного разу за три місяці.

Перевести робітника на нижчу із передбачених схемою ставок по даній посаді може керівник установи лише в тому разі, коли медробітник виконує покладену на нього роботу систематично незадовільно (порушення протягом довгого часу трудлисципліни, неохайне ставлення до інвентаря та майна, зниження кількісних і якісних показників роботи тощо).

6. При визначенні ставок медичним робітникам треба брати до уваги такі показники:

А. Для лікарів

а) Досвід і ступінь кваліфікації (проходження перепідготовки в спеціяльних навчальних закладах, заочне навчання, наукові відрядження, наукові праці тощо).

б) Тривалість роботи в даній установі, виконання кількісних і якісних показників, застосування найновіших форм і способів медобслуговування та раціоналізаторських заходів, опанування техніки підприємств, що їх медробітник обслуговує.

в) Загальний стаж і стаж за своїм фахом.

За загальним стажем лікарі поділяються на 3 категорії: 1) зі стажем до 3 років; 2) зі стажем більше 3 до 6 років; 3) зі стажем понад 6 років.

Б. Для середнього медперсоналу

а) Досвід і ступінь кваліфікації (закінчення прискорених курсів або курсів Червоного Хреста ураховується, як нижча ступінь підготовки, а закінчення нормальної школи або технікуму ураховується, як вища ступінь підготовки. Крім того, береться до уваги підвищення кваліфікації через заочне навчання тощо).

б) Тривалість роботи в даній установі, виконання кількісних і якісних показників, опанування техніки медустанови та техніки підприємства, що його дана медустанова обслуговує.

в) Стаж за своїм фахом.

За стажем середній медперсонал поділяється на три категорії: 1) зі стажем до 2 років; 2) зі стажем більше 2 років до 4 років; 3) зі стажем понад 4 років.

В. Для молодшого медперсоналу

а) Досвід і ступінь кваліфікації (закінчення спеціяльних курсів, підвищення кваліфікації через стаціонарні або заочні системи, а також шляхом індивідуального прикріплення до кваліфікованіших робітників).

б) Тривалість роботи в даній установі, виконання кількісних і якісних показників, опанування техніки медустанови.

в) Стаж за своїм фахом.

За стажем молодший медперсонал поділяється на три категорії: 1) зі стажем до 1 року 2) зі стажем більше 1 року до 2 років і 3) зі стажем більше 2 років.

7. Якщо до моменту видання цієї постанови у деяких медробітників заробітна плата буде вища проти передбаченої доданою до цього схемою, то заробітна плата за даними особами зберігається без зниження.

Робітники, що заново стають на роботу, оплачуються за ставками, передбаченими доданою до цього схемою.

У тих місцевостях, в яких за постановою відповідних органів до видання цієї постанови установлені й фактично сплачуються ставки зарплати для медичних робітників в розмірах, що перевищують передбачені цією постановою, рівень цієї зарплати зберігається в даній місцевості для всіх посад. За таких випадків зарплата медичних робітників транспортних лікарняно - санітарних установ може бути дорівняна до розмірів оплати праці в територіяльних лікарняно-санітарних установах.

8. Зарплату аптечних робітників, вихователів і інструкторів виробничого навчання на 1932 рік регулюється постановою НКПраці, УСРР № 64 з 20-IV-31 р. в частині оплати аптечних робітників і постановою НКПраці УСРР № 84 з 20V-31 р., про оплату вихователів і інструкторів органів охорони здоров'я.

9. Всі надвишки медробітникам (за вислугу років роботи, віддаленість, тощо) установлені законодавством союзних республік, зберігають свою силу.

10. Спецставки припускаються лише в виключних випадках для висококваліфікованих спеціялістів в кожному окремому випадкові з дозволу органів праці.

11. Конфлікти, що виникають між робітниками й адміністрацією щодо персонального визначення ставок, розв'язуються загальним порядком через РКК.

12. З виданням цієї постанови касуються всі постанови НКПраці УСРР та його місцевих органів в справі реґулювання зарплатні медичних робітників, що суперечать даній постанові.

13. На підставі постанова НКПраці СРСР з 8-I-32 р., № 3. „Про ставки заробітної платні медичних робітників", встановити, як виняток з загального єдиного поясового розподілу УСРР що до зарплатні службовців на 1932 рік, для медичних робітників такий поясовий розділ УСРР:

I пояс

1. м. Харків. Донбас (крім кол. Старобільської округи), Криворіжжя, Дніпрельстан, Дніпрокомбінат, м. Запоріжжя, завод „Комінтерн", завод ім. Петровського та Леніна в Дніпропетровському, завод ім. Дзержинського в Кам'янському, завод ім. Ільїча і Азовсталі в Маріюполі, завод с. г. машинобудівництва „Червона Зірка" в Зінов'ївському.

2. По основній хемпромисловості — всі підприємства з кількістю робітників більше 1000 чол.

3. По судобудівництву та авіобудівництву — всі підприємства з кількістю робітників більше 1500 чол.

4. По залізничому транспорту — найважливіші вузли і станції.

Катеринінська залізниця — всі вузли і станції.

Південна залізниця — Харків, Білгород, Куп'янськ, Маріюпіль, Синельніково, Лиман, Полтава, Кремінчук, Основа, Дебальцево, Таганрог і вся кол. Донецька лінія.

Західна залізниця — Унеча, Конотоп, Чернигів, Бахмач.

Південно-Західня залізниця — Київ, Дарниця, Фастів, Жмеринка, Одеса, Вобринська, Коростень.

5. По водному транспорту — найважливіші пункти:

Чорноморський басейн — усі порти Чорноморського узбережжя.

Азовський басейн — Маріюпіль.

Дніпровський басейн — Київ, Черкаси, Кремінчук, Миколаїв, Каховка, Херсон, Верхнеднiпровськ, Никопіль, Олександрівське, Дніпропетровське.

6. Всі прикордонні райони першої зони.

II. Пояс.

1. Всі промислові міста і райони, транспортні ділянки (залізниці й водні) і всі міста з населенням більше 50,000 чол., м. Тирасопіль, центральні міста областей, що не ввійшли до 1 та III групи.

2. Лісозаготівлі, лісо-плави і торфорозробки, що не ввійшли до I-ої та III групи.

3. Зернорадгоспи з посівною площею більше 25000 га та що мають не менше 1000 тракторів.

4. Тваринницькі радгоспи, що в них є не менше 10.000 голів великого скоту.

5. Вівчарські радгоспи, що в них є не менше 20.000 овець,

6. Свинарницькі радгоспи, що в них є не менше 5000 свиней.

7. Коневодницькі радгоспи, що в них є не менше 2000 голів коней,

8. Масло-молошні радгоспи, що в них є не менше 300 голів молочного скоту.

9. Огородницькі радгоспи з посівною площею не менше 2000 га.

10. Бавовняні, л'яні, рижові, тютюнові радгоспи з посівною площею не менше 2000 га.

11. Цукрокомбінати та сільсько-господарські промкомбінати, заводи, радгоспи з посівною площею не менше 6000 га.

12. Район діяльности машино-тракторних станцій з посівною площею більше 25000 га, якщо вони мають не менше 75 тракторів і ремонтні майстерні з кількістю робітників не менше 150 чол.

13. С.-г. райони технічних культур з посівною площею більше 5000 га.

III пояс

Решта сільсько-господарських районів і міст.

Заст. НКПраці УСРР Славін

Додаток № 1 до постанови НКПраці
СРСР № 3 з 8 січня 1932 р.

СХЕМА СТАВОК

заробітної плати медичних робітників лікарняно-профілактичних та санітарних установ, що утримаються коштами загально державного та місцевого бюджету

(має чинність з 1 січня 1932 року)

№№ за чергою	НАЗВА ПОСАД	Місячні оклади в карбованцях								
		I пояс			II пояс			III пояс		
	1. Керівний персонал									
1	Завідувачі здоровпунктів та медсанцехів на підприємствах з кількістю робітників:									
	а) в промисловості до 1000, а в кам'яновугільній та хемічній промислов. і на водному трантпорті до 500; на залізничому—до 1000	220	240	260	165	185	205	145	160	175
	б) в промисловості більше 5000 і до 15000, а в кам'яновугільній, хемічній промисл. і на водному транспорті більше 500 до 1000 і на залізничному транспорті більше 1000 до 3000	240	260	280	175	195	215	155	170	185
	в) в промисловості більше 15000, а в кам'яновугільній, хемічній промисл. і на водному транспорті більше 1000 і на залізничому транспорті більше 3000	260	280	300	185	200	220	165	180	195
2	Завідувачі єдиних диспансерів та здоровоб'єднань з загальною кількістю відвідувань на день:									
	а) до 1000	210	230	250	160	180	200	145	160	175
	б) більше 1000 до 2000	230	250	270	170	190	210	150	165	180
	в) більше 2000	250	270	290	180	195	215	160	175	190
3	Заст. та пом. зав. єдиних диспансерів і здоровоб'єднань з загальною кількістю відвідувань на день:									
	а) до 1000	200	220	240	150	170	190	140	155	170
	б) більше 1000 до 2000	210	230	250	160	180	200	145	160	175
	в) більше 2000	220	240	260	165	185	205	150	165	180
4	Завідувачі спеціялізованих диспансерів з кількістю відвідувань на день:									
	а) до 150	200	220	240	155	175	195	140	155	170
	б) більше 150 до 300	220	240	260	165	185	205	145	160	175
	в) більше 300	240	260	280	175	190	210	155	170	185
5	Завідувачі профілакторій, денних і нічних санаторій з кількістю ліжок:									
	а) до 50	190	210	230	150	170	190	135	150	165
	б) більше 50 до 100	210	230	250	160	180	200	145	160	175
	в) більше 100	230	250	270	170	190	210	150	165	180

№№ за чергою	НАЗВА ПОСАД	Місячні оклади в карбованцях								
		I пояс			II пояс			III пояс		
6	Завідувачі нервово-психіятричних лікарень в кількістю ліжок:									
	а) до 200	220	240	260	165	185	205	165	185	205
	б) більше 200 до 500	240	260	280	175	195	215	175	195	215
	в) більше 400	260	280	300	185	200	220	185	200	220
7	Завідувачі поліклінік, амбуляторій та консультацій з пропускною спроможністю на день:									
	а) до 150	200	220	240	155	175	195	140	155	170
	б) більше 150 до 400	220	240	260	165	185	205	145	160	175
	ь) більше 400	240	260	280	175	195	215	155	170	185
8	Заст. і помічники зав. поліклінік та амбуляторій з пропускною спроможністю більше 400 на день	210	230	250	160	180	200	145	160	175
9	Завідувачі стаціонарних лікарняних установ і клінік з кількістю ліжок:									
	а) до 100	190	210	230	150	170	190	135	150	165
	б) більше 100 до 300	210	230	250	160	180	200	145	160	175
	в) більше 300	230	250	270	170	190	210	150	165	180
10	Заступники і помічники — завідувачі стаціонарних лікустанов і клінік з кільк. ліжок більше 300	200	220	240	155	175	195	140	155	170
11	Завідувачі відділків і ляболаторій поліклінік та відділків бактеріологічних ляболаторій	190	210	230	150	170	190	135	150	165
12	Зав. відділків і ляборатор. стаціонарних лікарняних установ з кількістю ліжок більше 100 . .	190	210	230	150	170	190	135	150	165
13	Завідувачі лікарі дитячих ясел та майданчиків з кількістю ліжок:									
	а) до 100	190	210	230	150	170	190	135	150	165
	б) більше 100	210	230	250	160	180	200	145	160	175
14	Завідувачі не лікарі дитячих ясел та майданчиків з кількістю ліжок:									
	а) до 100	110	120	130	90	100	110	85	95	105
	б) більше 100	120	130	140	100	110	120	95	105	115
15	Завідувачі будинків матери й дитини та лісових шкіл (і зав. кімнат матери й дитини на вокзалах) з кількістю ліжок:									
	а) до 50	180	200	220	145	165	185	130	145	160
	б) більше 50 до 100	190	210	230	150	170	190	135	150	165
	в) більше 100	200	220	240	155	175	195	140	155	170
16	Завідувачі дезинфекційних станцій лікарі з кількістю населення, що його дезстанція обслуговує:									
	а) до 100 000	200	220	240	155	175	195	140	155	170
	б) більше 100.000 до 200.000 . . .	210	330	250	160	180	200	145	160	175
	в) більше 200.000	220	240	260	165	185	205	150	165	180

№№ за чергою	НАЗВА ПОСАД	Місячні оклади в карбованцях								
		I пояс			II пояс			III пояс		
17	Завідувачі дезінфекційних станцій не лікарі з кількістю населення, що його дезстанція обслуговує:									
	а) до 100.000	120	130	140	100	110	120	95	105	115
	б) більше 100.000 до 200.000	130	140	150	110	120	130	105	115	125
	в) більше 200.000	140	150	160	120	130	140	110	120	130
18	Завідувачі ізоляційних пропускних пунктів та лазнево-пральних загонів і пунктів з пропускною спроможністю на добу:									
	а) до 500	200	220	240	155	175	195	140	155	170
	б) більше 500 до 1000	210	230	250	160	180	200	145	160	175
	в) більше 1000	220	240	260	165	185	205	150	165	180
19	Завідувачі бактеріологічних, хеміко-бактеріологічних, санітарно-гігієнічних та судово-медичних лябораторій з кількістю ляборантів:									
	а) до 5	190	210	230	150	170	190	135	150	165
	б) більше 5 до 10	200	220	240	155	175	195	140	155	170
	в) більше 10	210	230	250	160	180	200	145	160	175
20	Завідувачі будинків та виставок саносвіти	200	220	240	155	175	195	140	155	175
21	Завідувачі саносвітніх зубних амбуляторій з кільк. відвідувачів на добу:									
	а) до 200	160	170	180	135	145	165	120	130	145
	б) більше 200 до 500	180	200	220	145	160	180	130	145	160
	в) більше 500	200	220	240	150	170	190	140	155	170
22	Зав. аптек при лікустановах	120	130	140	100	110	120	95	105	115
23	Завідувачі епідемічних загонів та пунктів, завідувачі обсерваційних пунктів	230	250	270	170	190	210	170	190	210
24	Завідувачі венерологічних, трахоматозних та малярійних пересувних загонів (що постійно функціонують)	220	240	260	165	185	205	165	185	205
25	Завідувачі протичумних загонів, станцій і лябораторій	260	280	300	230	250	270	230	250	270
26	Завідувачі лепрозоріїв і люпозоріїв	260	280	300	185	200	220	185	200	220
27	Завідувачі психіятричних та гостропошесних відділків лікарень	210	230	250	160	180	200	160	180	200
28	Завідувачі станцій (пастерівських, швидкої допомоги, морських дозорчих пунктів тощо)	200	220	240	155	175	195	140	155	170
	II. Лікарська група									
1	Лікарі здоровпунктів (пунктів першої допомоги), що знаходяться при підприємствах, на новобудах, на шахтах, на залізницях та водному транспорті; лікарі медсанцехів	220	240	260	165	185	205	145	160	175

№№	НАЗВА ПОСАД	Місячні оклади в карбованцях								
		I пояс			II пояс			III пояс		
2	Санітарні інспектори в органах здоровохорони та районові санлікарі	240	260	280	175	195	215	155	170	185
3	Санітарні лікарі (комунальні, харчові, дієтетики, епідеміологи; бактеріологи, ляборанти, сан. епідем. ляборатор. та лікарі дезстанцій, пропускників і лазневопральних загонів), шкільно-санітарні лікарі	230	250	270	170	190	210	150	165	180
4	Лікарі епідемічних загонів	210	230	250	160	180	200	160	180	200
5	Лікарі протичумних загонів, станцій і ляборапорій	240	260	280	200	225	250	200	225	250
6	Лікарі охорони здоров'я дітей і підлітків (ОЗД і П), фізкультури, піонерських загонів, лісових шкіл, охорони материнства й дитинства	200	220	240	155	175	195	140	155	170
7	Лікарі саносвіти і виставок . . .	190	210	230	150	170	190	135	150	165
8	Лікарі швидкої допомоги, допомоги на дому, міські участкові і нічних профілякторіїв . . .	200	220	240	155	175	195	140	155	170
9	Лікарі-завідувачі кабінетів, амбуляторій поліклінік, диспансерів і консультацій	200	220	240	155	175	195	140	155	170
10	Лікарі-фахівці поліклінік, диспансерів, консультацій, амбуляторій (терапевти, хірурги, одонтологи тощо), лікарі ляборанти	190	210	230	150	170	190	135	150	165
11	Консультанти-спеціялісти всіх лікарняно-профілактичних установ	220	240	260	165	185	205	145	160	175
12	Асистенти відділків клінік	200	220	240	155	175	195	140	155	170
13	Лікарі-ординатори клінік	190	210	230	150	170	190	135	150	165
14	Лікарі-ординатори стаціонарних лікарняних установ і диспансерів	180	200	220	145	165	185	135	145	160
15	Лікарі-інтерни	—	170	—	—	140	—	—	130	—
16	Лікарі-ординатори психлікарень .	200	220	240	155	175	195	155	175	195
17	Лікарі-ординатори: гостропошесних лікарень, морських карантинів, нарко-диспансер. (стаціонарів, витверезувачів) лікарі для дефективних дітей і підлітків та дітей, що їх трудно виховувати .	200	220	240	155	175	195	140	155	170
18	Лікарі лепрозоріїв та люпозоріїв .	230	250	270	170	190	210	170	190	210
19	Лікарі судові	220	240	260	165	185	205	165	195	205
20	Лікарі судово-медичної експертизи, судово-медичних лябораторій, прозекторських і місць ув'язнення	200	220	240	155	175	195	140	155	170
21	Лікарі контрольних і експертних комісій	200	220	240	155	175	195	140	155	170
22	Зубні лікарі (крім зазначених у п. 23)	150	160	180	125	135	145	110	120	130
23	Зубні лікарі-протезисти та зубні лікарі психіятричних установ і місць ув'язнення	180	200	220	145	165	185	130	145	160

№№ за чергою	НАЗВА ПОСАД	Місячні оклади в карбованцях								
		I пояс			II пояс			III пояс		
	III. Середній медперсонал									
1	Фельдшери та медтехніки, що працюють у здоровпунктах (п.п. допомоги) підприємств на новобудах, шахтах, залізничному і водному транспорті та в медсанцехах	85	90	95	75	80	85		70	75
2	Фельдшери та медтехніки помсанлікарів (крім зазначених у п. 3)	110	120	130	90	100	110	85	95	105
3	Фельдшери та медтехніки — помічн. лікар. що працюють самостійно (без лікарів)	130	140	150	110	120	130	105	115	125
4	Фельдшери медтехніки та інструктори дізинфекції та технічні лябораити	100	110	120	80	90	100	75	85	95
5	Фельдш. й медтехніки сан. організацій та лікустанов (препаратори, допомоги на дому)	80	85	90	70	75	80	60	65	70
6	Фельдшери й медтехніки, що працюють у бактеріологічних та сангігієн. лябораторіях і станціях	80	85	90	70	75	80	60	65	70
7	Фельдшери і медтехніки епідеміч. загонів	90	95	100	80	85	90	80	85	90
8	Фельдшери, лябораити — не лікарі та медтехніки противочумних загонів, станцій і лябораторій	135	150	160	125	135	150	125	135	150
9	Дезінфектори та віспощепники	70	75	80	60	65	70	50	55	60
10	Фельдшери й акушерки, що працюють на самостійних пунктах	120	130	140	100	110	120	95	105	115
11	Фельдшери, що виконують обов'язки завідувачів лікарських участків	140	150	160	120	130	140	110	120	130
12	Фельдшери, медтехніки і акушерки, що працюють у стаціонарних лікарняних установах, амбуляторіях, поліклініках, диспансерних установах і консультаціях	70	75	80	60	65	70	50	55	60
13	Фельдшери та медтехніки, що працюють у спеціяльних кабінетах (фізіорентгенівських, бальнеологічних, грязевих, масажісти в операційних)	75	80	85	65	70	75	55	60	65
14	Фельдшери й медтехніки психлікарень	85	90	95	75	80	85	75	80	85
15	Фельдшери й медтехніки, що працюють в анатомічних театрах, прозекторіях, кабінетах при судово-медичних експертах та в лікустановах місць ув'язнення	80	85	90	70	75	80	60	65	70
16	Фельдшери й медтехніки, що працюють у гостро-пошесних лікустановах і відділках, в морських карантинах, наркодиспансерах (стаціонарних витверезувачах), в установах для дефективних дітей і підлітків та в установах для дітей, що їх трудно виховувати	85	90	95	75	80	85	65	70	75

№№ за чергою	НАЗВА ПОСАД	Місячні оклади в карбованцях								
		I пояс			II пояс			III пояс		
17	Фельдшери й медтехніки, що працюють у лепрозоріях та люпозоріях	100	110	120	80	90	100	80	90	100
18	Фельдшери й медтехніки, що працюють на морських і річних пароплавах	85	90	95	75	80	85	75	80	85
19	Фельдшери, медтехніки та вихователі в установах охорони здоров'я дітей і підлітків (ОЗД і П) при шкільно-санітарних лікарях, в установах охорони материнства й дитинства, в дитбудинках і лісових школах . . .	75	80	85	65	70	75	55	60	65
20	Медтехніки та вихователі зі спеціяльною педагогічною освітою, інструктори охорони материнства й дитинства та помічники шкільно-санітарних лікарів . . .	90	95	100	80	85	95	70	75	85
21	Медтехніки соціяльної допомоги (патронажні обслідувателі) . .	80	85	90	70	75	80	60	65	70
22	Зубні техніки та ортопедотехніки .	80	85	90	70	75	80	60	65	70
23	Помічники зубтехніків	70	75	80	60	65	70	50	55	60
24	Фельдшери і медтехніки, що завідують аптеками при лікустановах	85	90	95	75	80	85	65	70	75
25	Контролери, рецептари та дефектари аптек лікувально-профілактичних установ	80	85	90	70	75	80	60	65	70
26	Асистенти аптек лікарняно-профілактичних установ	70	75	80	60	65	70	50	55	60
	IV. Молодший медперсонал									
1	Санітари пошесних і психіятричних установ та відділків . .	55	60	65	50	55	60	40	45	50
2	Санітари операційних, прозекторських моргів, покійницьких, бактеріологічних станцій, лябораторій та грязелікувальних установ	55	60	65	50	55	60	50	55	60
3	Санітари і банщики бальнеологіч., фізіотерапевтичних, рентгенівських установ і відділків	50	55	60	45	50	55	30	35	40
4	Санітари лікарняно-профілактичних установ, стаціонарно-амбуляторно-поліклінічних і інш. установ) .	45	50	55	40	45	50	25	30	35
5	Санітари лепрозоріїв, люпозоріїв та протичумних вагонів	70	75	80	60	65	70	60	65	70

Увага: Медробітникам що постійно працюють у підземних здоровпунктах кам'яновугільної промисловости, наведені в схемі ставки підвищується на 20%.

Член Колегії НКП СРСР А. Дубнер

Погоджено з ЦК „Медсанпраці": Авдєєва

8 січня 1932 р.

42. Про комплектування курсів удосконалення лікарів

До всіх райздоровінспектур, міськздоровінспектур та МСУ

Надаючи величезну вагу периферійній роботі інститутів удосконалення лікарів та запровадженню курсів через їхні філії НКОЗ пропонує обов'язково допомогати укомплектувати курси, що утворюють філії інститутів удосконалення лікарів. У разі лікар відмовляється їхати на курси при філії якого б то не було інституту, такого лікаря позбавляється права їхати взагалі в наукове відрядження протягом двох років.

Наркоздоров'я Канторовіч

Керівник сектору кадрів Туркельтауб

(Об. розп. НКОЗ з 8 лютого 1932 р. — № 364 - 15)

43. Про прикріплення інтернів державного та місцевого бюджету на харчування *)

До всіх районних і міських інспектур охорони здоров'я

На додаток до попередніх розпоряджень Наркомздоров'я категорично пропонує під особисту відповідальність завідателів або головних лікарів лікустанов прикріпити на харчування в лікарні інтернів, що проходять інтернатуру при тій або тій лікустанові державного або місцевого бюджету.

Заступник Наркомздоров'я Кустенин

(Об. розп. НКОЗ з 25 січня 1932 р. № 616 - 13)

44. Про утримування промсанлікарів

Постанова Ради Народніх Комісарів УСРР

Слухали:

Про скасування постанови № 3 РНК УСРР з 14-IX-30 р. „про утримання промсанлікарів".

№ 15287

Затв. т. Сербіченко 4-II-32 р.

Постановили:

У зв'язку з тим, що за контрольними числами місцевого бюджету 1931 і 1932 р. р. асигнувань на утримання промсанлікарів не передбачено,

1) постанову РНК УСРР № 3 з 14-IX-30 р. „Про утримання промсанлікарів" скасувати;

2) Утримання промсанлікарів" провадити за рахунок фонду меддопомоги застрахованим.

3) Запропонувати Наркомпраці УСРР розпорядження територіяльної республіканської страхової каси з 20-XII-31 р. № 83,40 скасувати, зобов'язавши останню повернути місцевим інспектурам охорони здоров'я кошти, що їх затримали місцеві страхові каси на виконання розпорядження територіяльної республіканської страхової каси.

Секретар РНК УСРР Стопкевіч

44-а Про термін сплати медперсоналові єдиних диспансерів заробітку згідно з постановою НКП з 6-VI 1931 р.

(Постанова РНК УСРР з 7 березня 1932 р.)

Слухали:

Про надання чинности постанові НКПраці УСРР з 6-VI—31р. № 97 Про встановлення зарплати медичному персоналові, що працює в єдиних диспансерах.

№ 14700/14

Затв. т. Сербіченко 7-III — 32 року.

Постановили:

У зв'язку з тим, що витрати, зв'язані з підвищенням ставок зарплати медперсоналові, що працює в „єдиних диспансерах", не передбачені в бюджеті фонду меддопомоги застрахованим 1931 р., постанові НКПраці УСРР № 97 з 6-VI — 1931 р. „Про встановлення зарплати медичному персоналові, що працює в єдиних диспансерах" („Вісті НКПраці УСРР" 1931 р. № 15) надати чинности з 1 січня 1932 р.

ОЗДОРОВЛЕННЯ ПОБУТУ. БОРОТЬБА З ЕПІДЕМІЯМИ.

45. Про посилення уваги до санітарних заходів і протиепідемічної роботи.*)

До всіх райвиконкомів та міськрад.

Не зважаючи на численні директиви Союзного та Українського Урядів про посилення санітарно-побутової роботи, ради та РВК, господарчі та громадські організації ще й досі не приділяють достатньої уваги справі оздоровлення й доброустрою залюднених місць; наслідком цього територія міст, робітничих селищ і сільських пунктів перебуває у незадовільному санітарному стані, заклади громадського користування (зокрема—лазні й пральні) працюють нерегулярно й незабезпечені потрібним устаткованням, організація громадського харчування ще не набула потрібного кількісного й якісного рівня.

Таке ставлення до питань оздоровлення побуту є неприпустиме взагалі, а тепер, у зв'язку з сезоновим підвищенням захворуваности на висипний тиф і з виникненням окремих вогнищ віспи воно являє собою безпосередню загрозу санітарному добробуту країни.

Щоб піднести санітарно-епідемічну роботу на належний рівень й щоб усунути несприятливий вплив санітарних дефектів на здоров'я людности,—ВУЦВК пропонує місцевим органам влади зосередити свою увагу на здійсненні невідкладних оздоровних і протиепідемічних заходів і насамперед організувати виконання таких завдань:

1) Пожвавити роботу місцевих надзвичайних санітарних комісій і забезпечити цілковите й своєчасне виконання розпоряджень Центральної Надзвичайної Санкомісії;

2) встановити регулярний контроль за здійсненням санітарних мінімумів по комунальних закладах, школах, гуртожитках, громадських їдальнях тощо;

3) поширити роботу щодо очищення території залюднених пунктів, організації правильного усунення сміття й покидів, боротьби з брудом і комахами—паразитами по житлах і приміщеннях громадського користування;

4) забезпечити виділення достатніх асигнувань на санітарні і протиепідемічні заходи;

5) перевірити виконання від місцевих господарчих та промислових організацій умов, складених з Наркомздоров'я та його місцевими органами на переведення оздоровних заходів та на фінансування протиепідемічних потреб; забезпечити своєчасне складання таких умов на 1932 р., передбачивши за ними всі витрати, що повинні провадити промислові органі;

6)протягом січня місяця забезпечити організацію по всіх залюднених пунктах осередків і філій єдиного товариства оздоровлення праці й побуту та інституту громадських санітарних уповноважених. По містах і робітничих селищах утворити достатні кадри санітарної міліції та вбиральні загони;

7) посилити карні заходи за порушення санітарних правил, сприяючи негайному розглядові порушуваних органами сандогляду судових справ і терміновому стягненню штрафів, що їх накладають санлікарі;

8) виключну увагу приділити справі боротьби й попередження розвитку наявних висипного тифу та віспи, дбаючи за безперебійну роботу наявних лазень та пралень, устаткування примітивних лазнево-пральневих установок, організацію дезинфекційної справи й якнайширше переведення віспощеплень з тим, щоб уся дитяча й працездатна людність була охоплена щепленнями й щоб були утворені достатні тимчасові кадри щепільного персоналу незалежно від штатної кількости віспощепіїв;

9) Відновити пошесні відділки й бараки там, де вони раніш існували, і намітити додаткові приміщення, здатні для організації в них на випадок потреби пошесних стаціонарів;

10) дати категоричні вказівки господарчим організаціям про утворення мережі санітарно-ізоляційних та перепускних пунктів за вимогами й вказівками органів охорони здоров'я.

Секретар ВУЦВК'у **Василенко.**

(Розп. ВУЦВК'у з 25 січня 1932 р. № 18).

*) Розіслано районам 28 січня 1932 р.— Ред.

Затвердила
Заст. Наркомздоров'я тов. Кустолян
31 січня 1932 року.

46. Санітарний мінімум сільських ясел

Велике зростання колективізації сільського господарства одночасно перебудовує сільський побут на нових соціялістичних засадах.

За один із основних елементів нового соц. побуту правлять ясла і постійні, і сезонові. Велике зростання протягом останнього року кількости сезонових ясел вимагає утворення відповідних санітарно-гігієнічних умов у дитячих установах тому, що це є найважливіший шлях у вихованні здорової зміни.

Отже, виконання санітарного мінімуму і сезоновими, і постійними яслами набуває особливої ваги тепер.

Санітарний мінімум в яслах має за мету:
1) Боротися за правильний вибір місця та приміщення для ясел.
2) Забезпечувати гігієнічне утримування приміщень.
3) Достатнє встаткування ясел
4) Провадити боротьбу з інфекціями.

Загальні вимоги

1. Організовуючи сезонові ясла, треба вибрати окреме приміщення,

Увага: 1. Добір приміщення бажано провадити за участю санлікаря, а там, де такого немає, то за участю якого небудь іншого лікаря, або лікпома, акушерки.

Увага: 2. У разі окремого приміщення нема, то приміщення для ясел треба відокремити від інших мешканців; воно мусить мати окремий хід.

Увага: 3. Цілком забороняється організовувати сезонні ясла в місцях, де є інфекційні вогнища.

Мінімальна кількість приміщень для сільських ясел

Сезонні ясла, дитсадки повинні мати мінімум такі приміщення:
а) окрему кімнату для немовлят,
б) окрему кімнату для дітей до 4 років,
в) окрему кімнату для дітей до 7 років,
г) кухню, пральню, їдальню та ізолятор.

Увага: 1. Для сезонових ясел можна кухню та пральню влаштувати на дворі

Увага: 2: У разі відсутности окремого приміщення, можна в сезонових яслах використати під їдальню повітку на дворі, галерею тощо.

Увага: 3: У постійних сільських яслах треба обов'язково мати окреме приміщення для їдальні.

У сезонових яслах під вбиральню та вмивальню можна відвести окремий куток на дворі.

Увага: Постійні ясла повинні мати відповідне приміщення під вбиральню та вмивальню.

Пристосування приміщень.

Організовуючи сезонові або постійні сільські ясла, треба відведене під ясла приміщення обов'язково побілити.

Увага: 1: У постійних яслах підлога повинна бути дерев'яною.

Увага: 2: У постійних яслах треба у вікнах обов'язково влаштовувати фрамуги або кватирки.

Улаштування ясел.

1. Скрізь по сезонових та постійних яслах кожна дитина повинна мати окреме ліжко.

Увага: Для дітей після одного року замість ліжка може бути розкладушка (розкладне ліжко).

2. Кількість змін ліжкової білизни встановлюється по сезонових яслах — два, в постійних — три.

3. Кожна дитина в яслах повинна мати свій окремий рушник.

4. Кожна дитина і в постійних, і в сезонових яслах повинна мати свій окремий посуд — себто: окрему ложку, чашку, миску, тощо.

Вимоги щодо гігієнічного утримання приміщень, інвентаря та білизни в яслах.

(*експлуатація ясел*)

1. Приміщення ясел треба побілити ще до їх відкриття.

Увага: Приміщення постійних ясел треба білити двічі на рік.

2. Підлогу в яслах треба мити двічі на добу: після роботи та коли діти йдуть на прогулянку.

3. Вікна треба мити раз на десять день.
4. Пил треба витирати щодня вогкою ганчіркою.
5. Ліжка треба мити раз на місяць.
6. Грашки дітей треба мити щодня ввечорі окропом та зберігати в закритому місці.
7. Посуд дітей треба мити гарячою водою та полоскати окропом, не витираючи потім рушником.
8. Дитячий горщик після кожного користування треба добре вимивати.
9. Влітку треба вікна відчиняти на цілий день.

Увага: Вікна не треба завішувати.

10. Білизну треба сушити на дворі або на горищі.

Утримання дітей.

1. У сезонових яслах дітям треба щодня ввечері обмивати ноги, а руки перед кожною їжею.
2. До вступу в ясла треба дітей постригти, а потім стриження провадити раз на два місяці.
3. Нігти треба зрізати раз на 10 день.
4. Жодна дитина не може вступати до ясел без попереднього огляду її від лікаря, лікпома або акушерки.
5. Лікар або лікпом повинні відвідувати ясла не менш, як двічі на місяць.

Увага: У разі виникнуть інфекційні захворування, слід звернутися до лікаря або лікпома, який повинен мати постійний нагляд за яслами аж до закінчення епідемії.

6. Підчас прийому дітей треба розпитати матерів, чи нема у них вдома хворих на інфекційні захорування.
7. Дітей, що захворіли в яслах, треба відокремлювати в ізоляторі.
8. Персонал, що працює в яслах, повинен оглядатись, коли вступає на роботу, а потім раз на місяць проходити медогляд.
9. Кожній дитині в яслах, дитсадку треба обов'язково зробити прищепку проти віспи, а за можливістю також проти обкладу.

Затверджую:
Заст. Наркомздоров'я Кустелян.
20 лютого 1932 р.

47. Санітарний мінімум в готелях і мебльованих кімнатах

Готелі і мебльовані кімнати можуть використовуватись виключно для тимчасового перебування приїжджих. Враховуючи масове перебування осіб, в тому числі осіб, що приїздять із місцевостей, де є вибухи інфекційних захорувань, готелі повинні мати всі елементи які, забезпечують встановлення належного санітарного режиму.

І. Улаштування та обладнання готелів і мебльованих кімнат

1. Готелі й мебльовані кімнати складаються з таких приміщень:
а) вестибюль-роздягальня з отепленим входом,
б) окремі кімнати для житла,
в) приміщення для допоміжного персоналу,
г) приміщення для білизни, господарчого характеру,
д) буфетна,
е) голярня,
ж) вбиральні та вмивальні.

2) Житлових і допоміжних приміщень неможна розташовувати в підвальних приміщеннях.

3) Житлові приміщення можуть складатись із окремих кімнат на 1, 2, 3 мешканці і кімнат гуртожиткового типу. Останні (гуртожитки) можна улаштовувати на більш, як один у кожному поверсі і не більш, як на 20 осіб.

Розмір приміщень встановлюється такий:
а) для проживання 1 мешканця 9-12 мт.^{2} на 1 мешканця
б) „ „ 2-3 „ 7-10 „ „ „ „
в) „ „ 15-20 „ 4-5 „ „ „ „

4) Коридори повинні бути не менш, як 1,6 мтр. завширшки.

5) Окремі житлові кімнати треба відокремлювати щільними перегородками. Наявність внутрішніх дверей припускається лише в подвійних номерах.

6) Житлові приміщення повинні мати дерев'яні підлоги пофарбовані, або підлоги, вкриті лінолеумом, отинковані стіни.

7) Приміщення для допоміжного персоналу, окремо від житлових улаштовуються відповідно до санітарних норм. Використання коридорів для спання, відпочинку допоміжного персоналу не дозволяється.

8) Окремі приміщення сполучуються внутрішніми теплими сходами та коридорами.

9) Природне освітлення житлових кімнат повинно мати світляний коефіцієнт 1:8, 1:10, а коридорів не менш 1:20 за безпосереднього освітлення і 1:10 за освітлення іншим світлом.

10) Штучне освітлення — електричне, гасом — обов'язкове для всіх житлових та допоміжних приміщень.

11) Опалення може бути центральним і місцевим. За наявности останнього печі опалюються з коридорів. Температура повинна бути не менше 16°Ц.

12) Вентиляція приміщень провадиться кватирками, фрамугами та вікнами. За наявности місцевого опалення — через витяжні канали, сполучені з димоходом в печах. За центрального опалення встановлюється витяжна вентиляція.

13) Вбиральні влаштовується із розрахунку, 1 очко на 20 мешканців, окремі для чоловіків та жінок. Умивальні улаштовуються з душами. У разі на терені садиби немає водогону, влаштовується отеплена вбиральня.

14) Кожна житлова кімната повинна мати таке обладнання:
а) ліжки з матрасами,
б) стіл,
в) стільці.
г) вішалку для верхнього одягу,
д) умивальник,
є) плювачку,
ж) карафу з водою.

15) Кімнати типу гуртожитків повинні мати:
а) ліжка з сітками-матрасами,
б) столи (1 стіл на 5 мешканців),
в) стільці (1 на 2 мешканці),
г) вішалку для верхнього одягу,
д) плювачки,
е) бак для питної води з фонтанчиком,
ж) міжліжкові тумбочки (1 тумбочка на 2 ліжка),
з) сміттєва урна.

16) Ліжкова білизна на кожне ліжко складається із: ковдри, 2 простирадл, 1 подушки.
Примітка: білизна видається в міру прибування мешканців.

II. Додержування чистоти

1) Використовувати коридори для зберігання ліжкових приладь не дозволяється.
2) Щоденно провадити прибирання всіх приміщень житлового та підсобного характеру.
Щоденне прибирання полягає в такому:
а) підмітати підлоги кілька разів вогким віником,
б) через день мити підлоги гарячою водою,
в) столи, шафи, стільці, ліжка витирати вогкою ганчіркою,
г) складати до ладу постільні речі,
д) витирати умивальники,
є) змінювати воду в баках та карафах,
ж) змінювати воду в умивальниках,
з) очищувати плювачки, сміттьові урни.
3) Генеральне прибирання провадиться 1 раз на декаду і полягає в такому:
а) знімати павутиння,
б) вимити вікна,
в) витирати електричні лямпи,
г) знищувати блощиць тощо,
д) витирати порох з стін, столів, тощо.
4) Для знищування блощиць треба провадити таке:
а) щомісяця змінювати матраци,
б) замазувати щілини в кам'янках стінах гіпсом із борошном та галуном,
в) вживати підчас генерального прибирання ріжних хемічних речовин: гарячого розчину нафтолізолу (10—20%), гарячого 20% розчину мила-гасу, сумішки кпигінару й гасу;
г) вживати газової дезінсекції зокрема хлорпікріном.
5) Садиба готелів утримується чисто, для чого треба:
а) садибу підмітати щодня,
б) прийомники для нечистот (помийниці, сміттьові скриньки, вигреби) опорожнювати своєчасно,
в) щодня обтирати дезінфекційними розчинами стульчаки,
г) щодня провадити дезінфекцію розчином хлорної вапни помиєнь та вигребних ям.

III. Санітарний режим у готелях

1) Не дозволяється використовувати коридори для готування їжі, прання білизни.
2) Для мешканців готелів встановлюються санітарні правила, що ними не дозволяється:
а) лягати на ліжко у верхньому одязі й взутті, б) залишати на ліжку одяг, в) тримати

харчові продукти розкиданими, неприкритими, г) залишити, поївши, неприбраний стіл, д) чистити в приміщенні одяг та взуття, е) кидати на підлогу сміття, лузгу та плювати, ж) використовувати коридори для витрушування речей.

3) Установити режим, що за нього передбачається недозволеність шуму в коридорах (гра на струментах тощо).

Затверджую:
Наркомздоров'я С. Канторовіч
14 лютого 1932 р.

47-а. ПОЛОЖЕННЯ

Про районові санітарні станції.

1. Районові санітарні станції утворюються згідно з постановою Ради Народніх Комісарів УСРР з 22-VI-31 р. № 18712 „Про розвиток мережі санбакляборатори́й і райсанстанцій" по всіх без винятку адміністративно-територіяльних районах України.

2. Районова санітарна станція є основна санітарно-епідемічна установа в районі і має своїм завданням санітарне оздоровлення залюднених місць, санітарне обслуговування трудящих, попередження, боротьбу і ліквідацію епідемій в районі.

3. Районова санітарна станція перебуває у віданні районової здоровінспектури і утримується коштом місцевого бюджету та місцевого фонду меддопомоги застрахованим.

4, До кола відання районової санітарної станції належить таке:

а) провадити санітарний нагляд за залюдненими пунктами, житлами, будівлями загального користування, джерелами водопостачання, установами громадського харчування.

б) Вживати заходів санітарної охорони від забруднення й зараження води, ґрунту, житл, харчових продуктів.

в) Стежити за виконанням у районі санітарного законодавства і місцевих санітарних обов'язкових постанов, притягаючи винних у порушенні таких до адміністративної й судової відповідальности.

г) Опрацьовувати заходи поліпшення санітарного стану району і обслуговування санітарною допомогою трудящих, переважно робітників місцевих підприємств, радгоспів, МТС, колгоспів.

д) Провадити заходи оздоровлення побуту й усуспільнення його.

е) Брати участь у плянуванні, опрацюванні й переведенні в життя заходів щодо впорядкування залюднених місць, будівництва міст, селищ, житлів і громадських будівель, установ громадського харчування.

ж) Вести ретельний облік усіх гостро-заразливих захворувань у районі.

з) Пляново провадити запобіжні щеплення.

і) Організовувати в районі дезинфекційну і дезинсекційну справу.

к) Провадити шпиталізацію гостро-заразливих хворих.

л) Не припускати розвитку інфекційних захорувань і ліквідувати епідемічні вибухи.

м) Вивчати причини епідемічних захорувань і пляново оздоровляти епідемічні вогнища інфекцій, особливо висипного тифу.

н) Притягати до боротьби з епідеміями за погодженням з РЗІ медичний персонал району, госпоргани, громадські організації й широкі кола трудящих.

о) Провадити в районі саносвітроботу.

п) Організовувати самодіяльність трудящих в галузі оздоровлення залюднених місць і побуту.

5. Районова санітарна станція складається з:

а) санітарно-епідеміологічного бюра,

б) санітарно-бактеріологічної лябораторії

в) щепільного пункту,

г) дезстанції або дезбази з пересувною дезкамерою,

д) лазнево-прального загону,

е) саносвітбази (де немає будинку санкультури)

Примітка: По малярійних районах до складу санстанції входить малярійна станція або пункт.

6. Завідує райсанстанцією районовий санітарний лікар, а тому зав. райсанстанції має права і виконує обов'язки районового санлікаря.

7. Штат районової санітарної станції орієнтовно складається з такого персоналу.

ПОСАДИ	Райсанстанції I категорії	Райсанстанції II категорії	Райсанстанції III категорії
	Промислові райони	Сільські р-ни з розвинутим соцсектором	В інших сільських районах.
1. Зав. райсанстанції	1	1	1
2. 2-й санітарн. лікар	—	1	—
3. Епідоміолог	1	—	—
4. Житл. комун. лікар	1	—	—
5. Сан. харчовий лікар	1	—	—
6 Помічник санлікаря	4	2	1
7. Зав. Санбаклябораторією	1	1	—
8. Ляборант	3	1	1
9. Препаратор	2	1	1
10. Прибиральниця	1	—	—
11. Щепільна сестра	3	2	1
12. Прищепії	2	1	1
13. Дезінструктор	1	—	—
14. Дезінфектор	3	1	1
15. Санітар	3	2	1
16. Діловод	1	—	—
17. Служник	1	1	1
18. Кучер	1	1	1
	30	15	10

8. Для обслуговування району райсанстанція повинна мати свій власний транспорт; в тому разі, коли районовий центр має свою окрему міську санітарну організацію, остання входить до складу районової санітарної станції поверх зазначеного в п. 7 штату, але обслуговує лише райцентр.

9. По промислових районах для безпосереднього обслуговування окремих робітничих селищ вводять додатковий участковий санітарний персонал вищий і середній, що працює під керівництвом районової санітарної станції.

10. У безпосередньому віданні райсанстанції і під її керівництвом працює ввесь постійний і тимчасовий санітарно-епідемічний персонал району: епідзагони, щепельний персонал, деззагони, лазнево-пральні загони, тощо.

11. Райсанстанція оперативно керує санітарною міліцією, убиральними загонами, дезперсоналом госпорганів, санітарно дозорчими пунктами при підприємствах.

12. Районова санітарна станція відповідає за санітарну і протиепідемічну роботу в районі.

13. Розпорядження і вказівки районової санітарної станції щодо санітарних і протиепідемічних питань обов'язкові для всіх лікувально-профілактичних установ і для всього медичного персоналу района.

14. Районова санітарна станція в своїй оперативній санітарній і протиепідемічній роботі зобов'язана керуватися:

а) санітарним і протиепідемічним законодавством,

б) постановами Районового Виконавчого Комітету,

в) постановами і розпорядженнями Наркомздоров'я і Облздоровввідділу,

г) вказівками й розпорядженнями міжрайонов. санітарн. станції,

д) розпорядженнями райздоровінспектур

Затверджено на засіданні Колегії
НКОЗ 3 грудня 1931 року.

48. ПОЛОЖЕННЯ
про санітарну організацію на курортах УСРР

1. Санітарна організація курортів є обов'язкова частина курортових управ, утримується їхнім коштом, провадить санітарно-епідемічну роботу та нагляд за санітарним станом курорту.

Свою роботу санорганізація погоджує з райздоровінспектурами або секціями охорони здоров'я міськрад та у відповідних випадках з гірничо-санітарним доглядом, комгоспом та інш.

2. До санітарної організації курорту належать: санлікарі різних фахів, сан. гігієнічні ляборатоії, дезкамери, а також відповідний персонал, що провадить роботу під безпосереднім керівництвом санлікарів.

Примітка: У разі відсутности спеціяльної ляборатоії, обслуговування курортів здійснюють відповідні ляборатоії рай або міськздоровінспектур на підставі окремої згоди.

3. До кола обов'язків санорганізації курортів належить: стежити за санстаном терені курорту, стежити за всім його приміщенням і санітарним устаткованням, а також здійснювати заходи проти виникнення й поширення пошесних захворувань так серед контингенту, що його обслуговує курорт, як і серед персоналу, що працює в курортових установах, а також серед осіб, що живуть на терені курорту.

4. До завдань і діяльности санорганізації курорту належить:

а) Розробляти заходи впорядкування місцевости, що її обіймає курорт та нагляд за переведенням цих заходів.

б) Наглядати за утримуванням у відповідному санстані лікустанов, санаторій, жител та інш. курортних помешкань.

в) Здійснювати санітарну охорону харчових продуктів, місць вироблення, схову та споживання цих продуктів, загального харчування хворих та брати участь у встановленні сан. курортного харчового режиму.

г) Організація та запровадження протиепідемічних заходів на терені курорту.

5. Крім завдань загального характеру, санорганізації курортів мають ще свої специфічні завдання, а саме:

а) Здійснювати охорону режиму озер, лиманів, мінеральних джерел та інш. природно-лікувальних факторів від забруднення, розширюючи відповідний догляд, що провадить гірно-санітарна охорона.

б) Виявляти шкідливе діяння на території курорту від околишньої місцевости і навпаки, курорту на суміжну місцевість і розроблювати заходи до усунення цього діяння, контролювати переведення відповідних заходів.

в) Наглядати за санітарним станом спеціяльних лікувально-технічних виробництв на курортах, і щодо охорони якости фабрикату, і щодо охорони праці робітників цих виробництв.

г) Встановлювати спеціяльні гігієнічні вимоги в справі будівництва та функціонування курустанов.

6. Курортова санорганізація організує запровадження „санмінімуму" на курорті, утворює штаб і бригади для виконання завдань в справі боротьби за „санмінімум", вживає заходів щодо втягнення суспільности в цю роботу.

7. Загальне керівництво і контроль діяльности санітарних організацій курортів покладається на сан.-побутовий сектор НКОЗ.

8. Роботою курортових санітарних організацій безпосередньо керує сан. частина УКУ.

9. Щоб встановити загальний напрямок і погодити всю практичну роботу в сан.-епідемічній справі на курортах поряд нарад директорів та зав. мед. частин курортів скликається наради санлікарів курортів та відповідних райздоровінспектур; на цих нарадах розглядається загальні пляни сан. епід. роботи на курортах, погоджується ці пляни із пляном роботи загальної санітарної організації, а також розроблюється загальні основи санітарного законодавства курортів.

10. Роботою санорганізації курорту керує санлікар, підпорядкований безпосередньо директорові курорту і користується правами пом. директора в санітарній частині. Для курортів, що об'єднують декілька лікувальних місцевостей, (як-от Одеса) вводиться посада старшого санітарного лікаря, якому підпорядковуються санлікарі окремих курортових районів. Посада санлікаря курорту ні в якому разі не може бути сезонною.

11. Норма саніт. персоналу встановлюється не менше одного санлікаря і одного пом.санлікаря на 3000 хворих.

12. Санлікарі курортів користуються на території курорту та околишньої місцевости правами щодо сандогляду, що надані всім санлікарям постановою РНК УСРР „Про санітарні органи Республіки" і інш. постановами Уряду щодо прав санорганів, дістаючи відповідного відкритого листа встановленої форми, чинного на терені зони гірно-санітарн. охорони. Санлікарі мають право вимагати від керівників лікустанов та інш. відповідальних осіб, щоб було усунено санітарні недоліки а на потрібні випадки накладати на них штрафи, порушувати судові переслідування.

13. Санітарний лікар обов'язково бере участь у складанні експлоатаційного пляну курорта в санітарній його частині, в складанні та розгляді плянів і кошторисів, що мають впорядкувальний або санітарно-технічний характер.

Примітка: Після затвердження від належних установ експлоатаційного пляну курорту, суми, що їх відпущено за артикулами санітарної організації (утримання сан. організації, сан. тех. роботи та загального впорядкування курорту, роботи щодо гірно-санітарної охорони, тощо) витрачається лише за прямим призначенням з відому санлікаря.

14. В своїй санітарній та протиепідемічній роботі санітарний лікар керується чинним санітарним законодавством, загальними розпорядженнями НКОЗ та директивами УКУ, що стосуються цієї галузі.

15. Щоб пов'язати роботу сан. організації курортів із роботою санорганізацій райздоровінспектур, при райвиконкомах та міськрадах утворюються сан. кур. ради; голова цієї Ради є райздоровінспектор, заступник санлікаря курорта. Кур.-сан. Ради скликаються не менше як 4 рази на рік.

Примітка: Перед відкриттям кожного сезону представник сан. кур. ради із зав. мед. частин курорту під головуванням члена сан. кур. ради обслідують загальний стан території курорта та лік. установ, виконаний ремонт тощо, складають відповідний акт, в якому даються вказівки про хиби та заходи на усунення їх. Ці акти подаються до УКУ.

16. Сан. лікар курорту бере участь у всіх організаційних нарадах курортів та конференціях лікарів санаторій, поліклінік тощо.

Щоб установити правильні взаємовідносини з міськими органами охорони здоров'я та запровадження спільної роботи сан. лікар курорту бере участь у відповідних нарадах міських здоровінспектур.

17. Свою звітність сан. кур. організації подають на встановлені терміни до УКУ, а копії до міських здоровінспектур.

18. Відомості про епідемічні захворування на курортах, санлікарі подають до райздоровінспектур.

Райздоровінспектури й собі повідомляють сан. організації курортів про епідемічні захворювання цього району.

49. Про санітарну охорону кордонів Союзу Р. С. Р.

(Постанова № 14 — 671 Центрального Виконавчого Комітету й Ради Народніх Комісарів СРСР)

У зв'язку з ратифікацією від уряду СРСР міжнародньої санітарної конвенції, підписаної в Парижі 21 червня 1926 року (з. з. СССР 1929 р. відділ другий, № 19, стор. 196), Центральний Виконавчий Комітет і Рада Народніх Комісарів СРСР ухвалюють

1. Санітарна охорона суходільних і морських кордонів СРСР має на меті попередити занесення заразних хвороб із-за кордону в межі СРСР і з меж СРСР за кордон.

За заразні хвороби, в розумінні цієї постанови вважаються такі: чума, холера, жовта пропасниця, а також на випадок епідемічного розвитку — висипний тиф та віспа.

2. Для санітарної охорони кордонів СРСР застосовуються заходи медико-санітарні та адміністративно-санітарні.

До заходів медико-санітарних належать: лікарський догляд, відокремлення та ізоляція хворих і підозрілих за станом, здоров'я, бактеріологічні дослідження, лікарський нагляд, обсервація, санітарний огляд вантажів, багажа та транспортових засобів, дезинфекція, дератизація тощо.

До заходів адміністративно-санітарних належать: заборона окремим особам в'їзду та виїзду, заборона ввозити та вивозити вантажі та багаж, закриття окремих місцевостей для виїзду та приїзд, закриття кордонів, тощо.

3. Закриття окремих місцевостей для приїзду та виїзду і закриття суходільних кордонів провадиться з розпорядження Головного Управління Прикордонної Охорони ОДПУ, погодженого із Народніми Комісаріятами охорони здоров'я Союзних республік та іншими заінтересованими відомствами.

Решту заходів санітарної охорони кордонів провадять органи охорони здоров'я.

4. Випадки, порядок і межі застосування кожного із зазначених в арт. 2 заходів, встановлюються правилами, видаваними на розвиток цієї постанови з додержуванням міжнародньої санітарної конвенції з 21 червня 1926 року і міжнародніх санітарних угод СРСР із окремими державами.

Ці правила видаються від Наркомздоровів Союзних Республік у погодженні з НК Зовн. Справ, ОДПУ, НК шляхів, НКВодов, НКзовнішторгом СРСР, Загальносоюзним Бюром Закордонної Санітарної Інформації та Всесоюзним Об'єднанням Цивільної повітряної фльоти.

5. Щодо держав, що не є спільниками міжнародньої санітарної конвенції 21 червня 1926 р. та що не мають окремих санітарних угод з СРСР, то для них може встановлюватись на відступ од зазначених в арт. 4 правил — інший санітарний режим, в разі ці держави застосовують до СРСР санітарний режим, який суперечить міжнародній санітарній конвенції з 21 червня 1926 року. Такі відступи встановлюються тим самим порядком, яким видаються зазначені в арт. 4 правила.

6. Усі громадяни та органи в межах СРСР повинні точно виконувати вимоги зазначених в арт. 4 правил та зґрунтовані на них розпорядження органів, що здійснюють санітарну охорону кордонів.

Порушників цих правил і розпоряджень притягують до судової відповідальности за кримінальним кодексом Союзних республік, або на них накладається штраф адміністративним порядком до 100 крб.

Випадки, що за них порушники підлягають штрафу адміністративним порядком, розміри штрафу за окремі порушення встановлюються зазначеними в арт. 4 правилами.

Штрафи стягуються загально-встановленим адміністративно-безперечним порядком.

7. Освідомлення чужоземних держав про санітарний стан СРСР та СРСР — про санітарний стан чужоземних держав здійснюється через загаль-союзне Бюро Закордонної Санітарної Інформації. Це Бюро діє згідно з положенням про нього, затвердженим від Ради Народніх Комісарів Союзу РСР.

8. Визначені в арт. 4 правила встановлюють, за які діяння медико-санітарного характеру можна стягувати плату та розміри цієї плати.

9. Тим самим порядком, що ним видаються зазначені в арт. 4 правила, можуть видаватися окремі правила щодо заходів боротьби проти заносу із-закордону в межі Союзу РСР та з меж Союзу РСР закордон інших заразних захорувань, крім перелічених в арт. 1.

1. Санітарний режим воєнних та дорівнених до них судів встановлюється окремим законом.

11. РНК Союзу РСР доручається внести до законодавства Союзу РСР зміни, що виникають із цієї постанови.

Голова Центрального Виконавчого Комітету Союзу РСР **М. Калінін**

Заст. Голови Ради Народніх Комісарів Союзу РСР **Я. Рудзутак**

Секретар Центрального Виконавчого Комітету Союзу РСР **А. Єнукідзе**

Москва. Кремль
21 серпня 1931 р.

Затвердила:
Заст. Наркомздоров'я **М. Кустеляк**
13 лютого 1932 р.

50. ВЗІРЦЕВІ ПРАВИЛА

санітарного режиму в соматичних та інфекційних відділках лікарень

А. Вступна частина

Щоб поліпшити загальний санітарний стан лікарні, поліпшити санітарно-гігієнічне утримання окремих відділків або палат, утримання кожного хворого, що вступає до лікарні, щоб запобігти можливості розповсюдження різних інфекційних захорувань, зокрема паразитарних тифів і серед хворих, і серед медсанперсоналу, щоб виховати з наявних кадрів медсанперсоналу цілком свідомих та вихованих в санітарно-гігієнічному напрямкові робітників, треба, щоб кожна лікарня, кожна її ланка детально та ретельно засвоїла всі основні принципи, що їх тут подається у взірцевих правилах санітарного режиму. Здійснюючи умови т. Сталіна, треба функції та обов'язки медсанперсоналу розподілити так, щоб кожний робітник повсякчасно в своїй роботі в лікарні точно знав, яку роботу йому доручено, за яку частину лікарні в санітарно-гігієнічному розумінні він відповідає.

Вважаючи перепускну систему в лікарні за надзвичайну частину лікарні, — це бо є двері, що ними в лікарню може попадати всяка інфекція, треба цій ланці лікустанови приділити особливу увагу, насамперед усунути ту знеосібку, що натепер панує по лікустановах. Для цього треба до перепускника прикріпити постійний медсанперсонал, виховати його в санітарно-гігієнічному дусі та покласти на нього цілковиту відповідальність за те, щоб по палатах надалі хворі не були брудні, не стрижені, з вошами тощо.

Таке саме прикріплення до інших відповідних ланок роботи треба провести також щодо всього медсанперсоналу; отже коли по відділках лікустанов буде усунено цю безвідповідальну знеосібку, — то правила санітарного режиму негайно ж дадуть найліпші наслідки.

Треба широко провадити соцзмагання між окремими палатами, між окремими робітниками за найкраще засвоєння та втілення в роботу санітарно-гігієнічних принципів щодо нагляду за приміщеннями, за всім облаштуванням лікустанови, за утримуванням хворого. Треба застосовувати ряд раціоналізаційних заходів, скерованих на те, щоб поліпшити та полегшити роботу медсанперсоналу та зосередити ще більше його увагу на обслуговуванні самого хворого. От тоді лікувально-методологічні установи справді стануть за зразок того, де можна було б вчитися санітарно-гігієнічних звичок.

1. Усі лікарні якого б то не було характеру та якому б відомству вони не належали (НКОЗ, УЧХ тощо) повинні мати правила санітарного режиму поряд правил внутрішнього розпорядку.

2. Ці правила треба розробити, ураховуючи всі місцеві умови, що найголовніші з них є такі:

а) Характер лікарні в цілому та кожного з її корпусів, відділків зокрема;

б) місткість лікарні та її відділку;

в) контингенти хворих, що їх обслуговує лікарня; робітники, селяни, дорослі, діти соматичні або інфекційні хворі.

г) наявність або відсутність приймально-випускної системи, центральної або по корпусах;

д) Наявність або відсутність власної дезкамери, пральні, спеціяльних приміщень для речей хворих;

е) Наявність або відсутність буфетних кімнат: їдалень, кімнат для денного перебування в них хворих;

в) Якою мірою забезпечено лікарню м'якним і твердим інвентарем, речами догляду хворих та інше.

3. Правила санітарного режиму повинні охоплювати всі моменти, що характеризують життя кожного відділку лікарні та діяльність медперсоналу, що працює в ньому, а так само і в усіх допомічних установах: рентгенкабінеті, лябораторії, аптеці, кухні, пральні, дезкамері тощо.

4. Ці правила повинні передбачити всі заходи, які сприяють найголовніше тому, щоб:

б) якнайбільше запроваджувати в життя вимоги туалетної санітарії щодо приміщень, допомічних помешкань лікарні, і щодо самих хворих;

б) справді здійснювати всі проти-епідемічні заходи і щодо хворих, які вступають в лікарню або до її відділів, і щодо хворих, які перебувають на лікуванні;

в) здійснити вимоги харчового нагляду, а також вимоги щодо харчування хворих.

г) вглиблювати санітарно-гігієнічні звички і серед допомічного персоналу, і в хворих, маючи на меті особисту профілактику, а також здійснити профілактичні заходи в лікарні взагалі;

д) Піднести серед обслуговуваної значимість і питому вагу лікарні людности, як вогнища санітарної культури.

5 Правила санітарного режиму складаються для кожного відділку лікарні на основі обліку індивідуальних властивостей відділків. завідателями відділків спільно з санлікарем; правила об'єднує адміністрація, становить їх на обговорення виробничих нарад, а завідатель установи їх стверджує.

6. Затверджені правила санітарного режиму вивішуються достатньою кількістю для відому хворих і персоналу:

а) У цілому вигляді—в адміністративно-господарчій частині, канцелярії, в червоному куткові та в приміщенні, де очікують відвідувачі;

б) У вигляді витягів, що стосуються утримування окремих груп приміщень, або трудових процесів окремих груп робітників у відповідних приміщеннях.

У вигляді витягів, що стосуються хворих, їхнього утримування, поведінки та режиму—по кімнатах денного перебування хворих, в їдальнях або в коридорах лікарні та її відділків.

7. Ці правила не можуть будьякою мірою підмінювати правила внутрішнього розпорядку, а лише доповнювати їх, даючи логічне з медико-санітарного погляду наукове обґрунтування всім трудовим процесам персоналу та режиму хворих.

8. Нагляд за запровадженням в життя правил санітарного режиму покладається на адміністрацію лікарні, на завідателів її відділків, на районного санітарного лікаря.

Увага: Останньому надається право притягувати до відповідальности осіб, що не виконують правил санітарного режиму через головлікаря або зав. відділку, так само притягувати до відповідальности і головного лікаря через інстанцію, що їй він підпорядкований.

9. На завідателей відділків лікарні та на ординаторів покладено обов'язок не лише стежити за виконанням правил санітарного режиму від підпорядкованого їм персоналу, але також і періодично перевіряти, як старі службовці обізнані на цих правилах, так само ознайомлювати з правилами осіб, що знов вступають на роботу до їхніх відділків.

10. Конфлікти, що виникають на ґрунті порушення правил санітарного режиму від персоналу, розв'язуються звичайним порядком, що й інші конфлікти.

Конфлікти між персоналом і хворими, що виникають на ґрунті порушення хворими санрежиму, розв'язує завідатель відділку або головлікар, яким належить право на потрібні випадки виписувати хворих із лікарні.

Б. Приймально-перепускна система

1. Щоб приймати та виписувати хворих, усі лікарні без будьякого винятку повинні в себе мати приймальник-перепускник.

2. По великих лікарнях павільйонного або барачного типу і мішаного (з інфекційними відділами) характеру повинні бути приймальники-перепускники такі: а) центральний — для всієї лікарні з двома паралельними відділками для соматичних та для інфекційних хворих за типом НКОЗ, або б) при кожному павільйоні або баракові лікарні.

3. До складу останніх перепускників повинні належати такі приміщення: а) вхід, б) почекальня із роздягальнею для верхньої одежі, в) оглядальна кімната, г) голярня (у ній також хворі здають брудну білизну), д) ванна—душова, е) чиста одягальня.

Увага 1. Під час виписування та сама система може правити за випускник.

Увага 2. По інфекційних відділках дозволяється влаштовувати приймальники-перепускники за типом, зазначеним у § 4.

4. У лікарнях не павільйонного і барачного типу дозволяється спрощувати цю систему аж до почекальні-роздягальні з відгородженою голярнею, кімнатою для оглядів та ванної-душової.

5. У районних та дільничних лікарнях, в разі неможна влаштувати приймальник-перепускник, треба обов'язково обладнувати (за § 4) почекальню-роздягальню та ванно-душову кімнату.

6. Особи, що обслуговують хворих на брудній половині, до ванної винятково, не повинні сполучуватись із чистою половиною приймальника-перепускника, навіть в разі найпримітивнішого його обладнання.

7. Речі хворих, забрані на брудній половині приймальника-перепускника, складаються в спеціяльні лантухи (мішки) та обов'язково направляються до дезинфекційної камери і лише після проведеної дезинфекції або дезинсекції — сховуються в цейхгаузі для річей хворих, причому речі кожного хворого в цейхгаузі треба зберігати окремо, а не всі вкупі, для чого в стінах треба мати або кілочки, або цвяхи—залежно від кількости хворих.

Кожна лікарня обов'язково повинна мати дезинфекційну або дезинсекційну камеру, що на теперішній час надзвичайно проста річ в зв'язку з хлорпікриновою дезинфекцією та можливістю легко дістати таку камеру.

8. Речі хворих, що потрібують прогулянок поза будівлями відділку згідно із вказівками лікарів, що лікують, передаються із цейхгаузу до передньої кімнати („швайцарської") та зберігаються або в спеціяльній кімнаті, або в спеціяльних закритих приміщеннях для тимчасового зберігання таких речей. Ні в якому разі неможна зберігати ці речі в роздягальні приймальника-перепускника.

9. Підчас виписування хворих із лікарні їхні речі подаються або до одягальні випускника центрального приймальника, або до роздягальні, що є в кімнаті для очікування в приймальникові-перепускникові.

В. Прийом та виписування хворих

І. *Прийом хворих*

1. Прийом хворих до . . . лікарні провадиться щоденно з . . . до . . . год. дня Хворих, що потерпіли підчас нещасних випадків, а також що раптово захворіли, лікарня приймає в перший-ліпший час.

2. Вступаючи до лікарні хворий повинен обов'язково мати при собі або ордер від амбуляторної установи, що напрямила його до лікарні, або в разі раптового захорування—записку від лікаря, що напрямив хворого до лікарні, а також особисте посвідчення або ж професійний білет.

Увага: Потерпілі за нещасних випадків не зобов'язані пред'являти документи підчас прийому в лікарню.

3. Хворих, що не потрібують негайного втручання або що перебувають не в тяжкому стані, приймають до відділку та лікарняних палат за умови суворого додержування всіх правил санітарної обробки хворих у приймально-перепускному відділкові. Хворі, що потрібують негайного лікарського втручання, або що перебувають в тяжкому стані, підлягають лише частковій санітарній обробці, яку лікар, що їх приймає, визнає для них за потрібну.

4. У роздягальні приймально-перепускного відділку хворий повинен здати свою одежу та всі речі, в тому числі гроші, документи, коштовні речі приймальникові та дістати від нього розписки із детальним реєстром здаваних речей.

Коли ж вступає до лікарні хворий з потьмареною свідомістю, п'яний або психічно-хворий, треба складати акт на знайдені при ньому речі, гроші, документи тощо. Акт, складений комісією в складі чергового медперсоналу, робітника перепускника та завідателя господарства лікарні, або того робітника, що його заступає, подається до головлікаря лікустанови.

5. У кімнаті для оглядів, а де такої немає, то в роздягальні, хворого оглядає лікар, який вже дає середньому, або молодшому персоналові вказівки, яку саме санітарну обробку треба зробити хворому, що приймається.

6. Хворому, що приймається в лікарню, ще до миття у ванній кімнаті треба обов'язково постригти волосся та нігті або в спеціяльній голярні, або ж у роздягальні, за винятком жінок, що не згоджуються постригти та голити волосся. В такому разі їм ретельно вимивають всі волосисті частини тіла та після змивання мила прополіскують водою з оцетом та протирають бавовною з гасом всі волохаті частини тіла.

7. Постригшися, хворий здає свою натільну білизну приймальникові та бере за вказівками лікаря ванну або душ.

8. Лікарняну білизну, взуття та одяг хворий одержує у ванній кімнаті або ж у спеціяльній одягальні; після цього хворий прямує в палату.

9. Одяг хворого, складений в спеціяльний для таких речей лантух, передається згідно з висновком лікаря, що приймає, або безпосередньо до цейхгаузу, де зберігаються речі хворих, цілком або частково поперед надсилаються для дезинфекції.

10. Волосся, нігті і сміття після виходу хворого до ванної кімнати треба негайно прибрати і до спалювання їх у деструкторі це треба зберігати в спеціяльному вмістищі, що щільно зачиняється, а підлогу треба прибрати вогким засобом.

11. Температура у ванній кімнаті повинна бути не меньше 14° і не вище 18°С, а сама ванна кімната мусить добре вентилюватися після кожного хворого.

12. Персонал, що приймає хворого у ванній кімнаті та що постачає йому чисту білизну та одяг,—ні в якому разі не повинен сполучуватися із брудною половиною приймальника-перепускника.

13. Коли прийом хворих закінчено, ввесь приймальник-перепускник старанно прибирають вогким засобом та провітрюють.

II. *Виписування хворих*

1. Хворих виписують в щоденно з год. до год. дня.

2. Про день виписування із лікарні хворого сповіщає ординатор або завідатель відділку напередодні, повідомляючи про це водночас медичну канцелярію лікарні.

Увага: У визначених в п.п. розділу випадках хворого може виписати головлікар на перший-ліпший час дня.

3. Ще до приходу в приймальник-перепускник або до випускника (де такий є), хворий повинен здати в цілком справному вигляді всі речі, що з них він користувався, перебуваючи в палаті: рушники, простирадла, серветки, чашки, ніж. виделку, ложку тощо та одержати від ординатора або зав. відділку таке: а) довідку до медканцелярії лікарні про те, які саме документи остання повинна дати хворому або б) в разі оформлення виписування хворого провадиться в самому відділкові лікарні, то довідку до страхкаси про день вступу і виписування з лікарні; у довідці зазначається діягноза, запроваджене в лікарні лікування; тут же дають хворому вказівки щодо бажаного для нього режиму поза лікарнею.

4. Ще до приходу у ванну кімнату, або в самій цій кімнаті, якщо немає спеціяльної чистої одягальні, хворий здає відповідній особі лікарняну одежу та білизну.

5. У ванній кімнаті хворий дістає душа або ванни згідно з вказівками лікаря, що виписує хворого, а в роздягальні дістає своєї білизни одежу та інші речі, що їх хворий здав під час вступу в лікарню, і тут відповідній особі хворий повертає квитанцію на них, даючи на ній розписку, що своїх речей він дістав повнотою та у справному вигляді.

Увага: Про кожну втрату, несправність або претенсію хворий повинен заявити черговому лікареві або головлікареві негайно, не виходячи з лікарні, бо в противному разі претенсій не розглядають.

6. Після виписування хворих треба старанно провітрити приміщення прийомника-перепускника та прибрати його вогким засобом.

Г. Правила для осіб, що перебувають на лікуванні в лікарні

(ці правила вивішуються в їдальнях, по кімнатах денного перебування, в прийомникуперепускникові, в ординаторській кімнаті та почекальні при канцелярії лікарні)

1. Вступаючи в лікарню, хворий повинен пройти приймально-перепускну систему та пройти всі процедури, що йому призначає лікар, або інша особа що провадять прийом: стриження волосся, нігтей на руках і ногах, ванну, душ.

2. Зайшовши до почекальні-роздягальні, що в прийомнику-перепускникові, хворий здає свою одежу приймачеві речей (комірному), дістаючи квитанції із докладним реєстром зданих речей. Тій самій особі або через неї—завідателеві господарством лікарні хворий здає під розписку всі свої коштовні речі, гроші та документи.

Увага: Адміністрація лікарні будьякої відповідальности не несе за втрату речей, що їх або не здано до адміністрації, або не визначено в квитанціях.

3. Перебуваючи на лікуванні в лікарні, хворий повинен:

а) Виконувати точно та своєчасно всі призначення лікарського персоналу, що стосуються його лікування, так само і призначений режим: щодо лежання в ліжкові, короткочасних прогулянок, вставання тільки для прийому їжи в їдальні тощо.

б) Стежити за чистотою свого ліжка, столика що біля нього й сприяти додержуванню порядка у відділкові;

в) Додержувати тишу і порядок у палаті;

г) Обережно ставитися до лікарняного майна взагалі, а зокрема до речей особистого користування.

д) Додержувати точно та обов'язково правила особистого санітарного гігієнічного режиму: мити руки до їжи, полоскати рот після їжі, чистити зуби вранці та перед сном.

е) Додержувати самому та сприяти медперсоналові додержувати чистоту та порядок у кімнатах денного перебування, по їдальнях і палатах (це провадять на підставі досвіду місцевих умов у лікарні).

Увага: Будьякої гри в карти, будьяких грошових ігор у лікарні не треба припускати. Карти, виявлені у хворих, адміністрація повинна негайно видібрати.

з) Чемно й тактично ставитися до всього персоналу лікарні та до інших хворих, не лаятися з ними; своє незадоволення персоналом висловлювати не лайкою та грубостями, а подаючи відповідну заяву сестрі, ординаторові, головлікареві або члену комісії сприяння із робітників або членів міської ради.

і) Не проводити часу в коридорах, на східцях, біля перевязувальної та операційної кімнаті, а перебувати лише в місцях, відведених для хворих, що ходять самі.

к) Не виходити із відділку до рентгенкабінету, лябораторії або в місто, без дозволу відповідального чергового персоналу.

л) За часи перебування на лікуванні хворому надаються ванни або душі лікувального порядку і звичайного гігієнічного характеру за призначеннями лікаря, що наглядає та лікує хворого.

Такі гігієнічні ванни або душі надаються залежно від стану здоров'я не менше, як раз на декаду.

4. Приймаючи відвідувачів, хворий повинен сам додержувати та сприяти виконанню правил для відвідувачів, що до нього приходять, а саме:

а) Не припускати голосних розмов відвідувачів, що непокоять інших хворих;

б) Вимагати, щоб відвідувачі додержували чистоту й порядок, а також виконували правила передавання хворим харчових продуктів і речей;

в) Не дозволяти, щоб відвідувачі сиділи на ліжках і без халатів;

г) Своєчасно вимагати від власних відвідувачів, щоб залишали вони палату на визначений для відвідувачів термін.

5. У випадках явно недбайливого ставлення хворого до лікарняного інвентаря та псування його, хворий матеріяльно за це відповідає, для чого черговий персонал повинен складати акт негайно після того, як встановлено псування інвентаря.

6. У випадках явно грубого ставлення хворого та знущання його з персоналу або інших хворих, на такого хворого черговий персонал складає акт. Цей акт передається головному лікареві, щоб останній вжив адміністративних заходів або притягнув хворого до відповідальности професійною або судовою інстанцією.

7. Про всі свої незадоволення хворий повинен подавати до відому чергового лікаря або свого палатного ординатора. У разі незадоволення рішеннями останніх хворий повинен через персонал запросити до себе головлікаря або викласти йому підчас чергового обходу палат причини свого незадоволення.

8. У разі хворі не виконують цих правил, адміністрація попереджує, що до осіб, які дезорганізують роботу відділків лікарні, буде вжито відповідних заходів, а саме: такого хворого буде переведено до іншого відділку, або вміщено до ізолятора, буде повідомлено ФЗК, МК (якщо це робітник або службовець), сільраду або правління колгоспу (якщо це селянин-колгоспник).

9. Конфлікти між хворим та головлікарем розвязуються в секції охорони здоров'я міськради (міськздоровінспектури) або в райздоровінспектурі.

Д. Правила для відвідувачів

(вивішуються у вестибюлі лікарні або корпусів, по кімнатах побачень із хворими, кімнатах денного перебування хворих і в почекальні адміністративної канцелярії лікарні)

1. Відвідувачів допускають до хворих один раз на п'ятиденку (якщо лікарню переведено на п'ятиденку), кожного числа з . . . до год. дня. або двічі на тиждень (це по лікарнях, що не перейшли на п'ятиденку).

Увага: Години прийому відвідувачів повинні задовольняти інтереси робітників та їхніх родин, якщо основна маса робітників, обслуговуваних від лікарні,—є з підприємств, що вже перейшли на 7-годинний робітний день.

2. До одного хворого одночасно допускають не більше двох відвідувачів (включаючи дітей) на термін не більше за півгодини.

3. До пологових та інфекційних відділків, як правило, на ввесь час перебування там хворих, відвідувачів не допускають.

4. До дитячих інфекційних відділків ні в якому разі не допускаються діти-відвідувачі.

Увага 1: До особливо тяжких хворих усіх відділків головлікар або дежурний лікар може допускати найближчих родичів і на непризначений час, але не більше двох осіб на добу на термін не більше півгодини. Тільки з дозволу головлікаря або зав. відділку дозволяється чергування родичів біля тяжких хворих.

Увага 2: Побачення з хворими в службових справах дозволяються тільки з відому чергового лікаря та ще в дні та години призначені для відвідувачів.

5. У верхній одежі, головному вбранні і гальошах відвідувачі ні в якому разі не допускаються до почекальні або кімнати побачень. Згадані речі відвідувачі залишають у швайцара або чергового санітара за нумером.

6. Якщо побачення із хворим провадиться не в кімнаті побачень а в палатах, тоді входити в палату дозволяється відвідувачам лише одягненим в халатах (для відвідувачів), що їх дістають у

7. Особи не тверезі до будь-яких приміщень лікарні ні в якому разі не допускаються.

8. Відвідувачі забов'язані додержувати чистоту, порядок і не порушувати спокою хворих.

9. Відвідувачам безперечно й суворо забороняється курити тютюн у яких би то було приміщеннях лікарні.

10. Забороняється відвідувачам вступати в які-б то не було суперечки та спірки з хворими і персоналом, що лікує, доглядає та чергує. Зі всіма непорозуміннями відвідувачі повинні звертатися до чергового лікаря, або в разі незадоволення—до головного лікаря лікарні.

11. Відвідувачі, що хотять залишити хворому які небудь приносини, повинні про це заявити черговому лікареві і можуть залишати у хворого тільки ті речі й продукти, що їх лікар визнає за потрібне допустити.

12. У дні коли в лікарні нема прийому відвідувачів, родичі можуть приносити продукти хворим тільки на встановлені двічі на день години (до й після обіду по одній годині), до того ж відповідно до оголошеного переліку продуктів, підписаного головним лікарем для кожного відділку лікарні, відповідно до його характеру.

13. Продукти передаються не безпосередньо хворим, а спеціяльному персоналові, який оглядає продукти в присутності передавальника. Недозволені до прийому продукти повертаються особі, що їх принесла, а дозволені вміщуються в шафу для продуктів хворих, і вже самий персонал палати в міру потреби передає їх хворому.

Увага: Для зберігання продуктів хворих треба в кожному відділкові лікарні, в буфетно-роздавальній кімнаті, а якщо такої немає, то в їдальні влаштовувати шафу з декількома невеликими відділками (гніздами) залежно від кількости хворих за порядковим нумером. Кожному хворому повинен бути відомий нумер його відділку шафи, де саме й зберігаються принесені продукти, так само і рештки його денних порцій хліба, цукру, масла тощо.

14. Передавати хворим наркотичні речовини та спіртові напої безперечно забороняється.

Увага: З дозволу лікаря, що лікує, допускається приносити лікувальне вино: портвейн, мадеру, тощо.

15. За порушення цих правил відвідувачів притягується до відповідальности адміністративним порядком.

Правила санітарного режиму в палатах та обслуговування хворих.

1. За повсякденне здійснення санітарного режиму в палатах і за виконання правил обслуговування хворих, що є в цих палатах, відповідають такі особи:

а) завідатель відділку,
б) ординатор палати,
в) палатна сестра,
г) санітарка.

В години після скінчення нормальної роботи в лікарні за згадане відповідає черговий персонал — лікар, сестра, санітарка.

Маючи на меті ліквідувати знеосібку, треба конкретно вточнити обов'язки кожного робітника; прикріпити до окремих палат по тійних медичних та санітарних робітників, наприклад: кожна сестра, кожна санітарка повинна цілком відповідати за ті палати, до яких вона прикріплена — сестра з погляду і санітарно-гігенічного утримання всіх палат, до яких її прикріплено, як і з погляду санітарно-гігієнічного і лікувально-медичного обслуговування хворого. Вона повинна точно знати всіх тяжких хворих своїх палат, звертаючи особливу увагу на обслуговування їх, сповіщати лікаря-ординатора, а в його відсутності — чергового лікаря, про всі погіршення в стані здоров'я хворого, харчувати особливо тяжких хворих, повинна знати стан здоров'я решти хворих і всі зміни в стані їхнього здоров'я тощо.

Таким самим напрямком треба будувати роботу санітарки, прибиральниці, лікаря-ординатора відділку тощо.

2. Прибирати палати дозволяється тільки вогким засобом, при чому перше раннє прибирання провадиться з $6^1/_2$ год. до $8^1/_2$ год. ранку, а друге прибирання—ввечері з 6 год. до 8 год.

Ні в якому разі не дозволяється прибирати приміщення вічного часу — з 9 год. веч. до 6 год. ранку.

3. Прибирання палати містить в собі таке: привести до ладу ліжка хворих, мести підлоги, протирати вогкими ганчірками вікна, лутки, радіатори, столики, що біля ліжок та решту меблі.

Увага: Підметати підлоги до миття дозволяється лише на крайні випадки і не інакше, як вогкими віниками або волосяною щіткою, на яку надягають вогку ганчірку.

4. Після сніданків, обіду та вечірнього чаю провадиться додаткове прибирання палат біля ліжок тих хворих, що мусять брати їжу в палаті. Це прибирання провадиться так само вогкими засобами й мусить закінчуватися не пізніше, як за 30 хв. після їжі та прибирання посуду.

5. Підчас ранішнього і вечірнього прибирання обов'язково прибирати та дезінфекувати плювальниці та підкладні судна, для чого їх виносять в спеціяльне приміщення, виливають їхнє міствво та обробляють належним чином.

Увага 1. На найсуворішу відповідальність особи, що провадить прибирання, та чергового персоналу, забороняється переливати вміст плювальниць в який би то не було посуд у самій палаті.

Увага 2. Судна, сечоприймачі, заповнені вночі тяжкими хворими, приводяться за дзвінком хворих до ладу негайно черговою санітаркою. За несвоєчасне прибирання суден та сечоприймачів відповідає чергова санітарка і палатний персонал, а ввечорі та вночі — черговий.

6. Воду, з якої користували для прибирання підлог в одній із палат, треба для прибирання другої замінювати свіжою водою.

7. Палатна санітарка, закінчивши прибирання ліжок і палат, вимивши та продезінфекувавши руки, повинна прибрати та вимити посуд особистого користування хворих на їхніх столиках, що біля ліжок, і замінити в карафах воду на свіжу.

8. Підчас прибирання хворі, що лишаються в палатах, повинні ретельно прикриватися ковдрами, на цей бо самий час треба провітрювати палати протягом не меньше 15 — 20 хв., якщо немає спеціяльних вентиляційних приладь.

Увага: Крім ранішнього та вечірнього провітрювання палат, залежно від характеру хворих, їхнього стану, від стану вентиляційних приладь, палати провітрюються протягом не меньше 10 — 15 хв. після кожного прийому їжі хворими в палаті, після обходу палат лікарями, після зроблених тяжким хворим клізм або їхньої дефекації в палаті.

9. Хворі повинні прокидатися не пізніше $6^1/_2$ год. ранку. Ходячі хвори, яким дозволено користуватися кімнатами денного перебування та їдальнями, повинні до початку миття підлог, самі прибирати свої ліжка під наглядом санітарки, що в цей час приводить до ладу постіль тяжких хворих.

10. Протягом дня постелі ходячих хворих в той час, коли хворі ними не користуються, треба постійно ретельно покривати ковдрами. Постелі тяжких хворих постійно в міру потреби приводяться до ладу палатними або черговими санітарками.

11. Санітарка не може розпочати роздавання їжі тяжким хворим інакше як старанно очистивши нігті хворих та вимивши їм руки. Бажано, щоб для роздавання їжі санітарок було забезпечено спеціяльними халатами, або іншого кольору, або з якими небудь помітними для хворих та персоналу ознаками.

12. Роздаючи хліб, цукор і масло, категорично забороняється класти їх безпосередньо на табуретки та стільці, що з них користуються хворі та їхні відвідувачі. Забороняється, подаючи страву, класти тарілку на тарілку так, що одна прикриває те, що міститься в другій, розливати молоко, чай тощо одному хворому у шклянці іншого хворого.

13. Тяжких хворих, що не можуть сами брати їжу, доглядають підчас їжи санітарка або сестра.

14. Усі ходячі хворі приймають їжу тільки в їдальні; лише в разі їдальні немає, можуть їсти по палатах.

15 Посуд після їжі збирає санітарка на таці та зо всіма рештками їжі подається до буфетної або на кухню.

16. Хворим забороняється забруднювати підчас їжі плювальниці покидьками.

17. Найсуворіше забороняється санітаркам доїдати їжу хворих.

18. За годуванням тяжких хворих наглядає чергова аба палатна сестра.

Про приміщення загального користування для хворих.

(Їдальні, кімнати денного перебування, коридори, ванни, вбиральні)

I. Їдальня

1. Їдальню призначено саме для того, щоб у ній хворі відділку приймали їжу в суте відведені для цього години: ранішній чай та сніданок — не пізніше 8 год. 30 хв. ранку, обід — не пізніше 2 год. дня, вечірній чай — $4^1/_2$ год. — 5 год. дня, вечеря 7 год. 30 хв. — 8 год. вечора.

Опріч цього з 11 до 12 год. дня можна відкривати їдальню для хворих, що забирають їжу, яку приносять родичі.

2. Обладнання їдальні повинно мати в собі: а) буфетну шафу для зберігання відділкового запасу їдальні та чайного посуду; б) шафу із відділками відповідно до кількости хворих, де зберігаються продукти, що приносять родичі та з дозволу адміністрації; в) стіл для посуду; г) посуд для кипяченої остудженої води; д) столи, що на них хворі приймають їжу, стільці або ослони для сидіння.

У в а г а 1: Столи, що на них приймають їжу, повинні покриватися в крайньому разі білою (а не кольоровою) цератою.

У в а г а 2: Дозволяється в їдальні мати квіти кімнатні, а також садові.

3. Хворих допускають в їдальню лише після того, як особливим сигналом (дзвінком, гонгом) оповіщено, що їдальня відкрита для хворих. Не треба допускати хворих для прибирання їдальні та накривання столів.

4 Неможна робити надто коротким той час, протягом якого хворий може користуватися їдальнею для приймання їжі; цим можна призвичаювати хворих до раціональної неквапливої їжі, але все ж таки треба цей час перебування хворих в їдальні суворо обмежувати, а саме: на ранішній чай та сніданок, на вечірній чай і для користування продуктами, що приносять родичі — не більше одної години; на обід та вечерю не більше, як півтори години.

5. Підчас роздавання лікарняної їжі всі хворі, яким дозволено або запропоновано користуватися їдальнею, повинні проходити в їдальню і залишати її встановленого часу, не гаючись.

У в а г а 1: Хворі, що не можуть своєчасно з'явитися в їдальню за причинами, що не від них залежать: вихід із одного відділку до другого для досліджень, збігання годин їжі із часом яких-небудь маніпуляцій, з провини персоналу,— приймають чергову їжу вже в своїй палаті.

У в а г а 2. Порядок роботи персоналу і допомічних установ (лябораторія, фізіотерапія, рентгенкабінет) встановлюється так, щоб хворі були вільні на час приймання їжі.

6. Хворі, що користуються їдальнею, повинні додержувати в ній та підтримувати порядок, чистоту, спокій і чемне поводження одни з одним та з персоналом їдальні. Курити в їдальні забороняється.

7. Їдальні прибираються виключно вогким способом: а) загальне прибирання — о 7 год. 30 хв. ранку, б) часткове, як-от: перетирання церат на столах до і після приймання їжі, прибирання підлог після кожної їжі; в) генеральне прибирання, до якого належить витирання стін, миття вікон — один раз на 10 днів.

Увага: Перед кожною їжею і після неї треба їдальню провітрювати не менше як 15 хв.

8. Щоб обслужити їдальню під час роздавання хворим їжі, персонал повинен: а) мати обов'язково другу зміну халатів, бажано іншого кольору, в крайньому разі, що мали б помітні відзнаки; б) мити руки та чистити нігті на руках.

9. Сестра-господарка або черговий персонал, що наглядає роздачу їжі, перевіряє, в якому стані є руки та нігті персоналу перед роздаванням їжі. В разі двічі відмічено невиконання вимог щодо утримування рук чистими та щодо зміни халатів персоналом, що роздають їжу, на винних накладаються адміністративні кари, аж до переводу на іншу роботу, а то й звільнення від служби.

10. За загальний стан відділкової їдальні відповідають завідатель відділку та сестра-господарка; за стан їдальні підчас харчування хворих і за порядок у ній — відповідає черговий персонал присутній за приймання їжі хворими.

Увага 1: Якщо у відділкові немає спеціяльної кімнати денного перебування хворих, тоді їдальня править водночас за таку кімнату, але лише на такі прикладом години: від 10 — 12 год. дня, від часу прибирання після обіду до сьомої години вечора. У такому разі інвентар їдальні поповнюється де-якими речами: столом, на якому читають газети та журнали, шахматними столиками радіом.

Увага 2: У разі відділок не має спеціяльної буфетної кімнати, тоді в їдальні можна розливати першу страву та розкладати другу страву з посуду, що приносять із кухні з їжею для хворих всього відділку.

Увага 3: Встановлювати титани (водогрільні) та ліжка в їдальнях ні в якому разі не дозволяється.

II. Кімната денного перебування хворих.

1. Цю кімнату призначається для хворих, що можуть користуватися рухом та розвагами або яким це запропоновано від лікаря, що лікує, з потреб лікувально-гігієнічних; для бесід лікарів із хворими, для побачень ходячих хворих із відвідувачами (це там, де немає окремої кімнати для побачень).

2. Кімната функціонує з 7 год. 30 хв. ранку до 8 год. 30 хв. вечора.

3. Кімнату треба обладнати та меблювати зручно, просто, гігієнічно, щоб легко можна було її прибирати та чистити. Кімната повинна мати таке:

а) Стіл для книжок, газет і журналів;

б) Один-два столи для гри в шахи та шашки;

в) Столик для кип'яченої остудженої води та шклянок або чашок;

г) Стільці, тверді канапи для сидіння;

д) Плякати під склом, муляжі, діяграми на санітарно-гігієнічні та виробничі теми, по можливості близькі до життя та роботи обслуговуваних від лікарні контингентів робітників;

е) Якщо є радіо-установлення, то таку допускається без індивідуальних наушників, до того ж невеликої сили, розрахованої на обсяг кімнати, щоб не непокоїти тяжко хворих, що в палатах.

4. У кімнаті треба забезпечити досить освітлення і денного і вечірнього для читання і писання.

5. Кімнати денного перебування треба прибирати двічі на день: до 7 год. 30 хв. ранку та з 1 — 2 год. дня, до того же тільки вогким засобом. Провітрювання провадять увесь час, коли ходячі хворі перебувають в їдальні, кожного разу не меньше 30 хв.

6. Хворі, що користуються кімнатою денного перебування, додержують та підтримують у ній порядок, чистоту, ввічливе поводження один з одним, обережливо ставляться до речей культурної розваги — газет, журналів і книжок.

7. Курити у кімнатах денного перебування хворих будь-кому категорично забороняється

8. Забороняється приносити в кімнату денного перебування харчові продукти та їсти їх там.

9. Підчас прибирання та провітрювання кімнати денного перебування хворі повинні не гаючи часу залишати кімнату.

10. Користуватися кімнатою денного перебування після $8^1/_2$ год. хворі, як правило не можуть. На виключні випадки кожного разу з відому та дозволу чергового лікаря, можна мати кімнату відкритою до 9 год. 30 хв. вечора.

11. Осіб, що порушують ці правила, завідатель відділку або головний лікар може позбавити права користуватися кімнатою денного перебування. Осіб, що порушують правила та поводять себе так, що непокоять інших хворих, які користуються кімнатою денного перебування, черговий лікар має право віддаляти з кімнати в палати до кінця дня.

III. Коридори.

1. Прибирання коридорів виключно вогкими способами провадиться з 6 — 7 год. ранку та з 1 — $2^1/_2$ год. дня. Один раз на декаду провадиться генеральне прибирання коридорів.

2. Щоденне прибирання коридорів має в собі таке:

а) Вогке обтирання вікониць, луток, радіяторів, дверей та плінтусів;

б) Миття підлог звичайним способом.

Генеральне прибирання має в собі: а) обтирання стін і карнизів, б) вогке витирання віконниць, луток дверей, радіяторів, плінтусів, в) миття віконних шибок; миття гарячою водою та змилюваними речовинами підлог або натирання паркету.

3. У лікарнях, що мають їдальні й кімнати денного перебування хворих, ні в якому разі неможна обертати коридори на місця перебування або зборів хворих, на місця побачень із відвідувачами або приймання їжі.

Увага 1: По лікарнях, де немає їдалень або кімнат денного перебування, дозволяється використати частину коридора для ходячих хворих, але при цьому час користування коридором обмежується саме часом, потрібним для приймання їжі.

Увага 2: Влаштовувати титани та ліжка по коридорах ні в якому разі не дозволяється.

4. За стан коридорів відповідають завідатель відділку, ординатори палат, що мають вихід в коридори, черговий персонал, прибиральник коридорний.

5. Не дозволяється хворим перебувати в коридорах, крім випадків, зазначених в увазі до арт. 3.

IV. Ванна кімната для хворих

1. У ванній кімнаті відпускають хворим відділку гігієнічні та лікувальні ванни з відому та призначення лікаря.

2. Відпуск ванн хворим відділку провадять за списком, що його черговий середній медперсонал передає ванщикові, в суто певні години, встановлювані від адміністрації залежно від кількости й характеру хворих, що в відділкові та від кількости ванн.

3. Хворі заходять у ванну кімнату тільки з виклику персонала.

Щоб збільшити перепуску спроможність ванної, дозволяється, щоб не більше одного хворого, що є на черзі, чекав у передванній кімнаті.

4 У передванній кімнаті повинні бути канапки або довга лава (ослін), щоб у разі потреби покласти хворого; вішалка, плювальниця, половичок од ослону до входу у ванну кімнату або до самої ванни.

Будьяких інших речей та меблі у передванній не повинно бути.

5. У самій ванній, якщо вона є самостійна кімната, крім ванни, дерев'яної або гумової матки та ослону, будьяких інших речей не повинно бути.

6. До наповнювання ванни для кожного нового хворого (бажано це робити, коли він тут є) ванну треба вимити лугом і витерти ретельно.

7. Тривалість ванни та характер її: „сидяча" або „повна", температуру її тощо визначає лікар, що лікує хворого.

8. Нагляд за правильним користуванням ваннами в відділкові покладається на завідателя відділку; за правильним відпусканням ванн хворим наглядає черговий лікар і черговий середній медперсонал.

9. Лікувальні ванни тяжко хворим відпускає ванщик тільки в присутності лікаря чергового або що лікує. У крайньому разі залежно від ступеня тяжкости хворого, провадити цю процедуру можна передовірити середньому медперсоналу.

10. Хворим, що вже прийняли ванну, треба давати простирадла тільки свіжі, сухі, ніким не вживано (після останнього прання).

11. Після кожного хворого, протягом усього часу, коли вода випускається з ванни, кімнату провітрювати. Температура ванної не повинна бути нижче 14^0 і не вище 18^0.

12. Вбирання ванної кімнати повинно бути вогким, вбирання провадиться щоденно наприкінці робітного дня. Раз на декаду провадять генеральне вбирання всього приміщення, миють вікна й двері, чистять кислотою ванну.

13. Курити в ванній кімнаті й передванній і персоналу, і хворим забороняється.

ОЗДОРОВЛЕННЯ ПРАЦІ. ПРОМСАНІТАРІЯ.

50-а. Про дальше розгортання мережі медсанцехів та поліпшення їхньої роботи

До всіх міських та районних здоровінспектур

Щоб удосконалити та поліпшити медсанобслуговування на самих підприємствах, піднести якість роботи в справі зниження захорувaности й травматизму, посилити боротьбу за санмінімум й чистоту на підприємствах, Наркомздоров'я пропонує:

1) скерувати увагу рай та міськздоровінспектур й особливо єдиних диспансерів на дальше удосконалення існуючих медсанцехів та розгорнення нових медсанцехів на інших підприємствах де таких ще не утворено, причому, як правило, 1932 року треба розгорнути медсанцехи на всіх підприємствах, що мають 4.000 робітників і більш, а на підприємствах хемічної промисловости, починаючи з кількости в 2.000 робітників.

2) перебудувати роботу пунктів першої допомоги на всіх підприємствах (де немає медсанцехів) разом із поліпшенням першої медичної допомоги широким санітарно - профілактичним напрямком, даючи їм замість назви „пункти першої допомоги“, назву „медико - санітарні пункти“.

3) Для керівництва медсанпунктами дрібних підприємств — прикріпити до групи певних підприємств промсанлікарів, які цілком відповідають за роботу вазначеної групи медсанпунктів.

4) Негайно розпочати організацію інституту громадських санітарних уповноважених на підприємствах, групуючи їх навколо медсанпунктів, цехових пунктів і медсанцехів.

5) Щоб зосередити керівництво промислово - санітарною роботою медсанцехів та медсанпунктів в загально - міському або загально - районному маштабі, перебудувати бюро боротьби з профзахоруваннями на промислово - санітарна станції, завідателі яких є водночас старші промсанлікарі району або міста й безпосередньо підпорядковуються рай або міськ. здоровінспектурі. Старший промсанлікар міста або району (завідатель промсанстанції) керує роботою медсанцеха, промсанлікарів та медсанпунктів на підприємствах на правах пром. сан. інспектора району або міста.

6) НКОЗ зазначає, що медсанцехи та медсанпункти є провідні й основні ланки єдиних диспансерів.

Про перебіг виконання цього повідомте НКОЗ.

Наркомздоров'я **Канторовіч**

(Об. розп. НКОЗ з 26 лютого 1932 р. № 221 — 51)

ОХМАТДИТ

51. Про розгорнення оздоровчих заходів серед дітей шкільного віку

До всіх районових та міських З. 1.

Наближається період розгорнення літніх оздоровчих заходів серед дитинства. Треба завчасно приступити до складання плянів та переведення підготовчої роботи до оздоровчих заходів, втягуючи максимально громадську активність до цієї справи (робітників та колгоспників).

Принципові настановлення щодо плянування та розгорнення оздоровчої роботи серед дітей

А. Щодо характеру мережі

I. Установи масового оздоровного характеру.
II. Установи в системі дитячих диспансерів.
III. Заходи спеціяльного лікування дітей.

I. Установи масового оздоровлення дитинства влітку.

Дитячий майдан із харчуванням при школі, майдан фізкультури з харчуванням при школі, піонер - табори та оздоровні дит. колонії.

а) Дитячий майдан треба розгорнути при школі, щільно пов'язуючи його роботу з роботою школи на літній період (на увагу — безперервний шкільний рік).

Харчування дітей — двічі на день. Тривалість роботи майдану шість годин на день.

б) Роботу майдана фізкультури при школі щільно пов'язати з роботою школи. Харчування—один раз на день. Тривалість роботи майдану фізкультури при школі дві години на день. Розгорнення майданів при школі цього року повинно провадитись під гаслом:

Жодної школи без оздоровчого майдану

Жодної школи без зеленого насадження з метою поліпшення природніх умов кожної школи!

в) Піонер - табори організувати на основі піонер - бази — (міжшкільного значення). Розгортати у відповідних природньо - кліматичних умовах, забезпечивши піонер - табори потрібним приміщенням та обладнанням. Харчування дітей в піонер - таборах провадити 4 рази на день. Термін перебування одної зміни піонерів у таборі не менш 30 днів та не більш 40 днів, в залежности від фінансових можливостей та потреб того чи того піонера.

г) Оздоровну колонію організувати на базі декілька шкіл (міжшкільного значення). Розгортати також як і піонербазу. Харчування — 4 рази на день. Термін перебування кожного школяра 30 днів.

Справа забезпечення мережі масового оздоровлення дитинства педагогічними та виховательськими кадрами належить до шкіл та КДР, що й переводять цю роботу за допомогою КСМ та ОНО.

Райінспектури охорони здоров'я забезпечують цю мережу належними медичними кадрами.

II. Установи в системі дитячих диспансерів

а) В пляні передбачити розгорнення денних санаторій для школярів та примітивних стаціонарних санаторій.

Організація, керівництво та налагодження медобслуговування цього типу установ зосереджується навколо диспансерів НДН (дит. п-ки, профамбулаторії, відділки єдиних диспансерів) та дит. відділків тубдиспансерів.

Перебування дітей в денній санаторії 8 год.; харчування переводиться 4 рази (в крайньому разі 3 рази) на день.

Тривалість перебування зміни не менш 30 днів, не більш 40 днів.

Тривалість зміни в станціонарній санаторії—не менш 40 днів. Харчування провадиться 5 разів на день (в крайньому разі 4 рази на день).

В установи диспансерної системи направляються діти, що диспансеризовані, себ-то всебічно обслідувані протягом учбового року.

Покази до направлення дітей в ці установи полягають в наявності відповідних клінічних симптомів (лімфаденіти, бронходеніти, соматогена первовість тощо).

III. Заходи спеціяльного лікування для школярів.

За пляном накреслює диспансер НДН (або профамбуляторія, дит. п-ка тощо) вкупі з тубдиспансером, для тих груп диспансеризованих дітей, що потрібують курортно-санаторної допомоги або спеціяльних видів лікування.

За пляном треба передбачити грошові витрати на цю мету та завчасно зробити заявки до НКОЗ на потрібну кількість санаторно-курортних місць.

Б. Щодо плянового охоплення і клясових принципів відбору до установ

1. Накреслення кількости дитячих контингентів, що за пляном повинні дістати літніх форм оздоровлення, то тут треба виходити з тих контрольних чисел річного плянування, що запропонував НКОЗ в директиві щодо складання річних оперативних плянів. У такий спосіб кількісні показники за настановленням НКОЗ полягають у тому, щоб охопити і мережою масового оздоровлення 50% дітей до загальної кількости школярів і диспансерною мережею 10% дітей до числа диспансеризованих.

У справі комплектування всіх видів оздоровчої мережі НКОЗ звертає увагу районів на потребу додержувати чітку клясову лінію, відбираючи дітей до оздоровчих закладів, запроваджуючи водночас такі відсоткові ліміти: на Донбасі та промисловим центрах — 80% дітей робітників, в інших містах — 75%, в місцях сільсько-господарчої смуги — 60%, решту місць комплектується коштом інших груп населення — службовців, кустарів тощо. В сільсько-господарчих районах 80% місць надається дітям колгоспників, наймитів, сільських учителів і лікарів, а решту місць дітям бідняків тощо. Зазначаємо, що із складу дітей індустріяльних робітників передусім оздоровчі установи комплектуються дітьми гірників, металістів, а далі вже дітьми робітників інших провідних галузів промисловости, що є в відповідному районі. Поряд цього першочергово напрямлюються до оздоров. установ діти робітників-ударників, а також тих, що відзначилися своєю активною участю в соціялістичному будівництві (преміюваних, винахідників тощо).

Поруч цього, комплектуючи оздоровчу мережу, треба взяти на виконання охопити дітей-піонерів не менше 80% загальної маси дитинства, що оздоровлюватиметься в масовій та диспансерній мережі; при чому, щодо вікових контингентів дітей, що направлятимуться до диспансерної мережі, то тут треба дати перевагу дитинству старшого концентру, яке підчас зимового періоду активно втягувалося до політехнічного виробничого навчання (отже більше й застосування оздоровних заходів).

Комплектуючи оздоровну, а разом і масову мережу (піонертабори, оздоровколонії), треба з пильною увагою поставитися до дітей активістів виробничої й громадської шкільної праці, а також до школярів та піонерів-ударників, яких треба першочергово направляти до оздоровчих установ.

В. Щодо фінансової бази

Плянуючи оздоровчу мережу тут треба своєчасно обґрунтувати заходи за комплектами та змінами дітей відповідними фінансовими джерелами з коштів місцевого бюджету, страхових кас промстрахкаси, інвалідної каси, внесків профспілкових організацій і кооперативних та господарчих організацій, місячника оздоровлення дитинства, коштів самих колгоспів тощо. Школа повинна стати одним з активних організаторів фінансової бази розгортання масових оздоровчих заходів, які концентруються навколо школи.

Разом із цим за основний центр організаційної роботи в цій галузі повинна стати районова дитяча оздоровча (міжвідомча) комісія або сектор О. З. Д. П. „товариства оздоровлення дитинства" в частині матеріяльно-фінансового обґрунтовання. Опрацьовання фінансового пляну треба щільно пов'язати з притягненням всіх вищезазначених організацій (за активною участю райдитбюра КДР) до певного опрацювання всього пляну літнього дитячого оздоровлення. Звертаємо увагу на завдання широко втягнути до обговорення, до пропозицій та висування зустрічних плянів оздоровчої роботи шкільний та піонерський актив дітей, який повинен брати участь і в мобілізації громадської думки, і в утворенні потрібних фінансових фондів.

Г. Постачання оздоровчої мережі:

Всю справу постачання за пляновими показниками треба в основному організувати на місцевих ресурсах. У пляні кожного району треба докладно розробити потребу в продуктовому і іншому постачанні оздоровчої мережі, розмежувати джерела постачання поміж місцевими господарчими організаціями (споживчою та робітничою кооперацією, інвалідними артілями), по селах — між міцними колгоспами, що забезпечують потреби оздоровчої мережі натуральними відпусками продуктів. Через споживчу кооперацію треба забезпечити постачанням цукром або по змозі деякими видами крупів. Треба особливу увагу приділити заготовці фруктів та овочів для оздоровчих установ. Плян оздоровчої літньої роботи затвердити на президії райвиконкому або міськради, домагаючись від них директивних постанов до відповідних місцевих господарчих організацій в галузі постачання.

Д. Щодо забезпечення оздоровмережі педагогічними кадрами

Складаючи пляни, передбачити потребу в кадрах учителів, вихователів, комсомольців. Спільно з органами НКО та КДР треба організувати короткотермінові курси, які повинні охопити комсомольський актив, ватажків Ю. П., студентство місцевих педагогічних ВУЗ'ів і педтехнікумів. Забезпечити методичне керівництво оздоров. установ, пов'язуючи його щільно із системою оздоровчих заходів, що провадитимуться у відповідній оздоровчій установі.

Справу методкерівництва оздоровмережею завчасно треба забезпечити в розумінні постави доповіді на райметодбюрі наросвіти та притягти до цієї роботи педагогічний метод-актив базових шкіл і методичні сили місцевих інститутів соцвиху та педтехнікумів.

Керівник групи Охмадиту **Бендерська**

За ст. інспектора ОЗДП **Альтман**

Погоджено: Сектор соцвиху НКО **Ганджій**

52. Про контролювання відряджень дітей до дитячих санаторій

До всіх районних і міських Інспектур охорони Здоров'я. Копії: до НКОЗ АМСРР, до уповноваженого НКОЗ в Одесі тов. Волкового, до уповноваженого в Києві тов. Брилянта, до медсануправ нових будівництв.

За відомостями, що дістав НКОЗ, в Лузанівській санаторії були випадки, коли прибували хорі до 22 років, замість крайнього віку в 15 років, а також діти з протипоказаннями, як туберкульоза легенів, вади серця, і з заразливими захоруваннями (на трахому, стригучий лишай тощо).

Повідомляючи Вас про це, НКОЗ пропонує пильно контролювати відрядження дітей до санаторій взагалі, а зокрема до Лузанівської санаторії, відряджуючи до відповідної санаторії лише тих, що за показниками підлягають прийому.

Про це розпорядження треба повідомити також профамбулаторії, дитячі поліклініки та відділи єдиних диспансерів.

Заступник Наркомздоров'я **Кустеляи**

Керівник групи охматдиту **Бендерська**

(Об. розп. НКОЗ з 12 лютого 1932 р.)

52-а Припинити ліквідацію дитустанов

До всіх обласних здоровввідділів, до рай та міськздоровінспектур, до Медсанупрів нових будівництв, копія до НКОЗ АМСРР, копія до медсансектора Уп. НКШляхів.

НКЗдоров'я має ряд матеріялів, а крім цього за час свого об'їзду периферії Народній Комісар охорони здоров'я т. Канторович відмітив, що місцеві органи охорони здоров'я часто припускають ліквідацію дитячих установ, зокрема будинків немовлят, не вважаючи на директиву НКОЗ з 23 грудня 1931 року № 34315/637 про розширення цих установ та поліпшення їхнього стану.

Вважаючи за неприпустимі такі явища на теперішній етап, коли дитустанова, в тому числі і будинок немовлят, є один з величезних чинників втягнення жінок у виробництво та підвищення продуктивности їхньої праці та править за один з головних чинників боротьби з дитячою безпритульністю, боротьби за зниження дитячої смертности та з дитячею захоруваністю — Наркомздоров'я пропонує припинити ліквідацію дитустанов, негайно поновити ліквідовані до цього часу дитустанови та вжити всіх заходів, щоб поліпшити їхню роботу особливо ж будинків для немовлят.

Треба взяти на увагу, що найближчого часу будинки немовлят та деякі дитустанови перетворяться на установи міжрайонного, а навіть і крайового характеру.

Заст. Наркомздоров'я **Кустеляи**

Керівн. групи охматдит **Бендерська**

(Об. розп, НКОЗ з 18 лютого 1932 року № 21011 — 60)

ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ЧАСТИНА

53. Про забезпечення всіма видами лік. проф. допомоги військово-службовців РСЧА та особливо начскладу.

До всіх міськздоровінспектур та райздоровінспектур. Копія — гарнізонним лікарям

Постанови урядових органів та інструкції в питанні забезпечення всіма видами лікувально-профілактичної допомоги військово-службовців РСЧА та особливо начскладу — до цього часу не скрізь виконуються нормально, себ-то, зі 100% задоволенням потреби в лікпрофдопомозі.

В основному обслуговування начскладу РСЧА здійснює військово-санітарна організація та її установи — шпиталі, лазарети, прийомні покої, поліклінічні відділки, амбуляторії, спеціяльні кабінети, установки та інш.

На цій мережі будується в основному диспансерне обслуговування начскладу РСЧА.

Проте, далеко не по всіх пунктах розташування військових частин є відповідні військово-санітарні установи та наявні установи не завжди можуть цілком задовольнити потреби військово-службовців у лікувально-профілактичному обслуговуванні.

Через те перед цивільними організаціями здоровоохорони стоїть питання про залучення до роботи щодо лікувально-профілактичного обслуговування військових контингентів передусім начскладу РСЧА.

Не встановлюючи точного переліку напрямів, що ними органи здоровоохорони повинні брати участь у лікпрофобслуговуванні начскладу (основні напрями перелічено в „Кодексі про пільги та переваги військовим службовцям"), НКОЗ УСРР та ВСУ УВО пропонують міськздоровінспектурам спільно із гарнізонними лікарями докладно опрацювати плян обслуговування начскладу гарнізона лікувально-профілактичними установами цивільної мережі.

Тут треба врахувати всі моменти, що можуть наблизити лікувально-профілактичну допомогу до начскладу, обслужити його без тяганини, затримок, черг і відриву від роботи.

Треба встановити позачерговий прийом начскладу та відпуск йому процедур. По всіх місцевих лікустановах треба виділити місця. І тут треба насамперед забезпечити спеціяльну лікдопомогу всіх видів.

Встановлюючи порядок обслуговування начскладу цивільними лікувально-профілактичними установами, треба приділити найбільшу увагу справі безперервного зв'язку з військово-санітарними органами.

Метою цього контакту повинно бути досягнення єдиної системи диспансерного обслуговування нач. складу.

Пересилання матеріялів і висновків обслідувань та спостережень осіб начскладу, підсумування цих спостережень, реалізація висновків щодо впливу на працю та побут осіб начскладу—повинні стати завданням військово-санітарних і цивільних органів здоровоохорони.

По закінченні сумісної з гарнізонним лікарем пророблення пляну обслуговування цивільними лікпрофустановами начскладу та червоноармійців, копію цього пляна гарнізонний лікар повинен надіслати до ВСУ УВО.

Заступник Наркомздоров'я **Саратіков**

Начальник ВСУ УВО **Рапопорт**

(об. лист НКОЗ та ВСУ УВО з 23 січня 1932 року № 316 — 12)

54. Про доцільне виписування лікарями ліків*)

До всіх міськздоровінспекторів. До всіх райздоровінспекторів

Не зважаючи на низку директив Наркомздоров'я щодо мобілізації внутрішніх ресурсів, максимального застосування в роботі лікпрофустанов методів раціоналізації та боротьби із зайвими витратами в установах здоровоохорони, — доводиться констатувати, що трапляються ще випадки неуважного ставлення до цих директив від окремих лікустанов та окремих медробітників.

Як приклад можна навести допис „Классовые искривления", журнал „Вопросы страхования" за 1931 рік стор. 19, де автор констатує, що в Сталінській інспектурі охорони здоров'я не звернуто належної уваги на доцільне виписування лікарями ліків, наслідком чого в аптеках залишається багато виписаних за рецептами ліків, що хорі їх не забирають. Кінець кінцем аптеки знищують ці ліки. Це призводить до цілком зайвих витрат. Таке саме явище спостерігається й за відвідування хорих на дому, де в багатьох випадках хорі не використовують виписаних лікарем хорому ліків та знищують ці ліки.

З наведеного можна зробити висновок, що окремі медробітники до своєї роботи ставляться надто формально, не провадять профілактичних заходів, недосить з'ясовують хворим потрібний їм режим.

Отже, Наркомздоров'я пропонує таке:

1. Уважно поставитися до питання доцільного виписування ліків хворим амбуляторним і вдома, не підходячи до цього питання формально, а керуючись на підставі медичних показів дійсною потребою та доцільністю.

2. Опрацювати це питання на лікарських зборах, зобов'язавши лікарів, щоб вони виписуючи ліки, суворо додержувалися доцільности та провадили з хворим не суто лікувальну, а лікувально-профілактичну й пояснювальну роботу щодо значення виписаних ліків та способів, як їх уживати.

3. Міжрайонним фармінспекторам Наркомздоров'я стежити за своєчасним постачанням аптекам району потрібних ліків та речей догляду хорих, сигналізуючи про всі хиби в питаннях постачання аптекам ліків та в питаннях правильного відпуску ліків із аптек.

4. Передбачати в своїх кошторисах певні суми на підготовку та підвищення кваліфікації фармперсоналу, що працює в аптеках при лікустановах і провадити цю роботу, погоджуючи її з міжрайонними фармінспекторами НКОЗ.

5. Піднести на належну височінь питання контролю ліків, що їх відпускається із аптек за рецептами лікарів, опрацювавши це питання спільно з міжрайонними фармінспекторами **НКОЗ**.

Заступник Наркомздоров'я **Кустолян**

Ст. Інспектор лікпрофгрупи **Гравський**

(Об. розп. НКОЗ з 26 січня 1932 року № 314—26)

*) Розіслано 29 січня 1932 р.—Ред.

Затверджую
Зав. Сан. Кур. сектору НКОЗ
Ю. Кушнір
2 лютого 1932 р.

55. Покази та протипокази для лікування на курортах

Загальні протипокази, що абсолютно не дозволяють відряджувати хворих на курорти є такі:

1) Кахексія, лиха анемія та левкемія.
2) Лихі новотвори.
3. Душевні хороби.
4) Різко виявлені форми психоневроз з конвульсійними нападами, імпульсивністю та різкою афективностю, серед них травматична невроза та тяжка гістерія.
5) Епілепсія.
6) Сухоти спинного мозку в стадії різкої атаксії.
7) Свіжі геморагії й тромбози мозку (не раніш, як за рік після інсульта).
8) Рясні кровотечі, що часто повторюються.
9) Всі гострі захорування та інфекційні хороби.
10) Декомпенсовані форми туберкульози легенів.
11) Різко виявлені декомпенсації серця та нирок.
12) Різка артеріосклероза з чималим послабленням функціональної діяльности серцевожилової системи, аневризми аорти та інших великих жил.
13) Тяжкі форми діябету із значно виявленою ацидозою, симптомами передкоматозного стану та різким виснаженням.
14) Вагітність, починаючи з сьомого місяця.
15) Сифіліс і гонорея у заразливій стадії.

Покази для відрядження на курорти

Грязьові курорти

(Куяльницький, Хаджибей, „Пролетарське здоров'я", „Холодна балка" — ім. Жовтневої Революції, Слов'янське, Бердянське, Гопри, Кирилівка).

1. Захорування органів руху. Безпосередні покази: напівгострі та хронічні захорування суглобів (первинні та вторинні) — травматичні, ревматичні, інфекційні, токсичні, обміну речовин. Захорування хребта спондильоартрити, інфекційні, ревматичні, травматичні, спондильозні та деформувальні.

Посередні: ендокринні захорування суглобів, статичні зміни хребта, наслідки спондильолістези.

2. Хірургічні захорування. Безпосередні покази: гонорейні моноартрити в напівгострому та хронічному періоді, остеомієліти хронічні, переважно фістульозні без явних секвестрів; періостити різної етіології (люетичні також). Контрактури: десмогенні, міогенні, неврогенні, артрогенні, якщо вони не дуже задавнені та не туберкульозного і не паралітичного характеру. Наслідки травматичного впливу рушійного або опірного апарату: а) хоробллива кісткова мозоля, б) закляклість суглобів, в) вперті набрески, г) злипні тендовагініти, ґ) травматичні неврити, д) травматичні моноартрити. Травматичні спондиліти, наслідки перелому хребта (Кюмелівська хороба), плоска ступня тільки в стадії контрактури, хронічні виразки гомілки та ступні, хоробллива закляклість плеча позасуглобного походження.

Посередні: остеохондропатії (Пертеса, Келера, Шлятера, Кокса, Вара) за явищ недостатности або контрактури. Явища недостатности хребта статичного або професійного походження, хороби ампутаційної кукси (набреск, виразка, неврози), хронічні тромбофлебіти та флебіти не раніш, як мине рік, хронічні запалення слизових капсуль (бурсити).

Туберкульова кісток та суглобів—лише в Одесі за спеціяльним запитанням Курортної Управи, коли хорого обирає досвідчений лікар ортопед і лише в межах таких форм для мітигованого місцевого лиманного лікування: процеси плечевого, ліктевого, променевозап'ястнового та надступакового мілкового суглобів, коли процеси ці затихають, є нориці та мішані інфекції. Туберкульоза колінного та кульшевого суглобів, коли процеси явно затихають і немає потреби в суворій імобілізації. За туберкульозної водянки колінного суглобу та туберкульозних спондилітів відряджати на лиманне лікування неможна. Кістково-туберкульозних хорих, відряджених на курорти без спеціяльного запитання, курорт не прийматиме.

Спеціяльні протипокази:

1. Свіжі переломи кісток.
2. Остеомієліти у гарячковому періоді (напівгострий).
3. Задавнені стійки контрактури будьякої етіології.
4. Анкілози суглобів (повна нерухомість).
5. Стійкі деформації рахітичного та іншого походження (переломи, що неправильно зрослися, невправлені задавнені звіхи).

6. Стійкі деформації хребта (сколіози, кіфози).

7. Уроджені деформації (кривошия, клишавість, уроджений звих стегна; уроджені спастичні контрактури).

8. Контрактури дерматогенні (після опечень), артрогенні за явної деформації суглобових кінців кістки.

Хороби нервової системи:

Безпосередні покази: 1. Напівгострі і хронічні запальні процеси периферичної нервової системи — периневрити, периплексити, невралгії, моно і поліневрити інфекційного, сифілітичного, також травматичного, токсичного, автотоксичного й професійного характеру.

2. Радикуліти і зокрема люмбосакральні (ішіяс „люмбаґо") переважно без деструктивних змін у хребті (рентген).

3. Менінґіти й менінґомієліти тревматичного, інфекційного та інтоксикаційного характеру.

Посередні покази: 1. Наслідки гострих травматичних та інфекційних захорувань центральної нервової системи — поліомієліти не пізніш, як після 3 років з початку захорування, тифозні енцефаліти та геміплеґії не пізніш 1 року з початку захорування.

2. Переміжна кульгавість

Спеціяльні протипокази: 1. Жилові захорування центральної системи — геморагії, тромбози та емболії.

2. Епідемічний енцефаліт (хороба Економо) у всіх стадіях.

3. Хронічні захорування центральної нервової системи, з паренхіматозними змінами та проґресивною атрофією нервової тканини (бічна аміотрофічна склероза, проґресивна параліза, спинна туберкульоза).

Хороби жіночої статевої сфери

Безпосередні покази: 1. Хронічні запалення мискової очеревини й клітковини (периметрити параметрити, ексудати, хронічні адгезивні, нервіоперитоніти тощо).

2. Обмежені криваві пухлини в Дугласовому просторі (наслідки неоперованої позауразової вагітности).

3. Фіксовані девіяції уразу (ретропозиція, лятеропозиція, ретроверзія й ретрофлексія).

4. Хронічні запалення уразу.

5. Хронічні запалення яєчників і труб.

6. Післяоперативні ексудати, інфільтрати та зрощення в місковій очеревині.

7. Ендокринні гіпер — та гіпофункції яєчників із зміною менструального циклу (гіпо — за гіперменорея, оліго й поліменорея, дисменорея).

8. Неплідність, поєднана з гіпофункцією яєчників.

Посередні покази: Колпіти та ендоцервіти.

Спеціяльні протипокази: 1. Гострі запальні захорування ґеніталій. 2. Гнійні обмежені пухлини труб з пропасницею. 3. Вроджений інфантилізм. 4. Лихі новотвори ґеніталій. 5. Торбинчасті пухлини фалопієвих труб, (гідро, піосальпінкс).

Хороби травного апарату.

Безпосередні покази: Хронічні місцеві перитоніти й злипні перевісцерити (перигастрит, перихолецистит, периколіт) інфекційного походження.

2. Рештки інфільтратів злук і зрощень після операції на органах черевної дуплини, що порушують функції травного апарату.

Посередні покази: 1. Хронічний апендицит. 2. Хронічні радивальні катари жовчевого міхура та жовчевих протоків.

Для спеціяльного лікування на Куяльницькому курорті комбіновано — для грязьолікування та вживання води з мінерального Куяльницького джерела, в разі, коли є такі супровідні захорування:

1. Хронічні катари товстих і тонких кишок (коліти, ентероколіти), із зниженою кислотністю шлункового соку, або зовсім без кислоти у ньому, а також випадки з нахилом до закрепів).

2. Хронічні закрепи атонічного та спастичного характеру.

Протипокази: 1. Туберкульозні перитоніти та перевісцерити. 2. Для пиття мінеральної води — підвищена кислотність шлункового соку, виразка в шлунку, в'ялість та екстазії шлунку, захорування нирок. 3. Некомпенсовані форми tbc легенів; некомпенсовані серцеві захорування й судин. Гострі нефрити.

Покази для відрядження на приморські курорти

Лермонтовський курорт, Аркадія [1])

Покази:

Хороби нервової системи. Безпосередні: а) Функціональні неврози як первинні, неврастенія, гістерія, психостенія, з обмеженнями, зазначеними в загальних протипоказах; професійні неврози.

[1]) В санаторії Аркадії для загального грязьолікування в інгаляторі хорі не приймаються.

б) Комбіновані неврози, від різних інтоксикацій, (туберкульоза, люес, малярія), автоінтоксикацій (через захорування шлунково-кишкового тракту, захорування серцево-жилової системи, статевої сфери, обміну речовин та ендокринних залоз).

в) Захорування периферичної нервової системи для грязьового лікування.

г) Різні форми органічних поразок периферичної, центральної та вегетативної нервової системи.

Посередні: Епідемічний енцефаліт — хороба Економо, лише протягом першого року.

2. Хороби жіночої статевої сфери: а) Розлад вегетативної та ендокринної систем периклімакса та клімакса.

б) Хороби жіночої статевої сфери (хронічні запалення уразу, яєчників, труб, мискової очеревини, клітковини, шрамові стягнення тощо) для грязьолікування.

3. Захорування органів руху для грязьолікування (дивись грязьові курорти). — Лише Лермонтівський курорт, крім Аркадії.

4. Внутрішні хороби — для лікування дієтетичними й фізичним методами лікування: **посередні покази:** хороби шлунку: гастрити, хоробливий стан після операцій в шлункові та кишках.

Хороби кишок: ентерити й коліти, хронічний апендицит.

Хороби обміну: подагра, діябет, несправжня цукрівниця, опасистість, схуднення, хронічна оксалюрія.

5. **Хороби серця:**

1) Вади серця в стадії компенсації та в стадії легкої декомпенсації.

2) Початкові стадії недостатности серця в наслідок міокардитів та міокордозів.

3) Гіпертонії (доброякісні).

4) Функціональні страждання серця (неврози серця)

6. Хороби дихальних шляхів для лікування в інгаляторії:

Безпосередні покази — хронічні захорування слизових оболонок верхніх дихальних шляхів (ринiти, фарингіти, ляринґіти).

Протипокази

1. Психози, прогресивна паралізa, наркоманії (запій), епілепсія. Тяжкі форми неврастенії та гістерії з різко виявленими психічними симптомами (проміжні, перехідні форми між неврозами та психозами), а також неврози з нападами судом та непритомного стану й травматичні, так звані командні неврози. Органічні враження центральної нервової системи в гострому періоді. Випадки епідемічного енцефаліту після року.

2. Розлад компенсації серця. Гострі серцево-жилові неврози, що вимагають абсолютного спокою.

Гострі ендокардити (ендокардитис септика лента).

Тяжкі декомпенсації.

Тяжкі форми ангіни пекторис.

Склерозні процеси в мозку, зв'язані з загрозою апоплексії.

Страждання серця за наявности епілепсії.

Туберкульоза легенів, горлянки.

Клінічний серцевий санаторій в Одесі

Покази:

1. Вади серця найріжноманітнішого походження етіологічного, але насамперед ревматичного походження (є змога в Одесі в санаторії застосовувати ріжні форми ліманного лікування). Вади серця компесовані, так само й у початковій стадії декомпенсації.

2. Ріжноманітні форми серцевої недостатности, пiчас легкої початкової її форми від будьчого б ця недостатність кровообігу (центральна або ж периферична) не залежала.

3. Група міокардитів, що не мають значних явищ недостатности. Ріжні види аритмії.

4. Загальний артеріосклероз.

5. Так звані серцеві неврози.

6. Тромбози та розширення вен.

7. Доброякісна гіпертонія (тут створюються особливо сприятливі покази).

8. Явища серцевої слабости (міястенія), що є наслідком тяжкої фізичної праці, надуживання спорту та розумового перевтомлення.

Протипокази:

1. Різко виявлені явища серцевої недостатности.
2. Аневризми аорти.
3. Різкі напади грудної жаби.
4. Хворі, яких морозить, з явищами гострого або підгострого ендокардиту.
5. Ендокардитис септика лента.
6. Лиха гіпертонія.
7. Серцево-жилові захорування, ускладнені наявністю епілепсії, нахилом до мізкових крововзливів, так само й ускладнені туберкульозним процесом.

Бердянське

(*кліматичний*)

1. Хвороби нервової системи, функціональні нейрози первинного характеру, неврастенія, істерія з обмеженнями, що про них зазначено в загальних протипоказах; професійні неврози.

2. Комбіновані неврози, що до них призвели різні інтоксикації (туберкульоза, люес, малярія), аутоінтоксикації з приводу страждань шлунково-кишкового тракту, захорувань серцево-жилової системи, статевої сфери, виміни речовин та ендокринних залоз).

3. Серцеві неврози.

Протипокази:

1. Психози, прогресивна паралізa, наркоманії (запої). Тяжкі форми неврастенії та істерії з різко виявленими психічними симптомами (пограничні перехідні форми між неврозами та психозами), а також неврози з випадками судом та непритомного стану; травматичні, так звані командні неврози. Органічні поразки центральної нервової системи в гострому періоді. Випадки епідемічного енцефаліту.

2. Розлад компенсації серця. Гострі серцево-жилові неврози, що вимагають абсолютного спокою. Туберкульоза легень, горлянки.

Київ — Перший туберкульозний санаторій ім. Петровського

(*в Пущі-Водиці*)

Гадяч — Туберкульозний санаторій. Одеса — Туб. санаторій

Покази

А. Безпосередні: Свіжі (до півроку) відкриті процеси (AI, AII, AIII, BII, BIII).

Увага. За класифікацією IV з'їзду — гостро та напівгостро прогресивні, фіброзні або продуктивні (фіброказеозні).

2. Переважно однобічні хронічні відкриті процеси, що за них можна застосувати пнеймоторакс (AII, AIII, BII, BIII).

Увага. Хронічно прогресивні фіброзні та продуктивні (фіброказеозні за клясифікацією IV з'їзду).

3. Хворі після накладання пнеймотораксу штучного, френіхотомії, торакопластики, пльомби.

4. Субкомпенсовані, закриті фібровні процеси з періодичним бациловилученням, або з ВК в анамнезі.

Б. Посередні. Закриті фібровні процеси з упертою інтоксикацією або періодичним кровохарканням із значною втратою працездатности BI, BII).

Двобічні хронічно-прогресивні фіброзні та продуктивні (фіброказеозні) процеси за клясифікацією IV з'їзду.

Протипокази:

1. Усі компенсовані форми, крім зазначених у §§ 1 та 2.
2. Усі декомпенсовані форми (С).
3. Неспецифічні легеневі процеси.
4. Усі форми BIII із хронічними дуже поширеними двобічними процесами з протипоказами для коляпсотерапії, де неможна чекати на помітне відновлення працездатности.
5. Хронічні прогресивні процеси з порушенням серцевої діяльности, або тяжкими ускладненнями специфічного та неспецифічного характеру в інших органах.

Київ — Пуща-Водиця 2-а Роб. Санаторія

Соснівка — санаторія - пансіонат

Покази:

1. Усі закриті форми легеневої туберкульози від BI до BII, що мали в недавньому минулому (до року) в харкотинні ВК.

Увага. До цього треба віднести і початкові верхівкові форми і чергові вибухи легеневої туберкульози на шляху до їхньої компенсації.

2. Компенсовані закриті форми легеневої туберкульози від AII до AIII, в разі компенсація перебуває під загрозою порушитися через моменти, що послаблюють організм, як-от: перенесена хвороба, операції, підупад живлення на ґрунті перевтоми та інш.

3. Залозисто-плевральні форми легеневої туберкульози з підвищенням температури. Ексудативні плеврити.

4. Випадки штучного однобічного пневмотораксу, що перебігають гаразд, без наявности ВК в харкотинні, але з з підупадом живлення.

Протипокази:

1. Усі відкриті форми.
2. Усі випадки, ускладнені туберкульозою горлянки, нирок, вовчий лишай, хронічні розлади кишківника та діябет.
3. Кісткова туберкульоза та залозиста туберкульоза із норицями.
4. Різко виявлена гістерія, неврастенія, наркоманія тощо.
5. Шкірні захорування.

Київ — Пуща-Водиця — Пансіонат

Покази:

1. Затихлі верхівкові легеневі процеси, що не мали ВК принаймні протягом одного року
2. Залозисто-плевральні форми без температурної реакції. Сухі плеврити.
3. Випадки штучного пневмотораксу без підупаду живлення, що перебігають гаразд штучний пневмоторакс на період його розпускання.
4. Астенія, анемія, хлороз.
5. Не різко виявлена форма бронхіяльної астми, хронічні бронхіти.
6. Пнеймонії не специфічного характеру, що не розв'язалися.
7. Недокрів'я та підупад живлення після операції та інфекційних захорувань.

Протипокази:

1. Легенева туберкульоза, що вимагає санаторного лікування.
2. Шлунково-кишкові хворі, що потрібують систематичного дієтетичного харчування.
3. Усі форми нервових і серцево-судинних захорувань, що потрібують спеціяльного лікування.
4. Шкірні захорування (мокрява екзема, псоріязис тощо).
5. Наркоманія, епілепсія, травматичний невроз та органічні захорування нервової системи.

Київ. Ворзель — санаторій

Покази:

1. Функціональні нервові захорування: неврастенія, психостенія легкої форми.
2. Легкі ураження серцевого м'язу після інфекційних захорувань, перевтома.
3. Серцеві хворі, що є в стадії відновленої компенсації.
4. Ендокринні захорування: Базедова хвороба, міксоедема, клімактеричні явища; опасистість, подагра.
5. Реконвалесценти (що одужують) після перенесених інфекційних хвороб.
6. Хлороз, анемія.

Протипокази:

1. Туберкульоза у всіх видах і стадіях.
2. Серцеві хвороби в стадії декомпенсації та субкомпенсації.
3. Захорування шлунково-кишкового тракту, що вимагають спеціяльної дієти.
4. Хвороби нирок та сечових шляхів.
5. Органічні поразки центральної або периферичної нервової системи.
6. Цукрова і нецукрова сечовиснага.
7. Шкірні захорування.

Миргород

Покази:

Установлені для грязьових курортів, а також хронічні катари шлунку з зниженою кислотністю та секрецією, хронічні катари тонких та товстих кишок;

Хронічні катари сечостатевої системи (пієліти), цистити;

Хороби обміну речовин — подагра;

Хронічні катари — печінки, жовчевого міхура та жовчевих шляхів, гепатити, перигепатити, перихолецистити.

Протипокази:

1. Хронічні виразки шлунку та дванадцятипалої кишки.
2. Катари шлунку, кишок, печінки — в стадії загострення.
3. Хронічні катари шлунку з різко підвищеною кислотністю та порушенням моторової функції його.

Березівські мінеральні води

Покази:

1. Захорування сечових шляхів (цистит. пієліт).
2. Катари шлунку (нервового походження).

3. Хороби обміну речовин (оксалюрія, фосфотурія, сечокисла діятеза).
4. Вегетативні неврози.

Протипокази. Загальні для всіх курортів та активні форми легеневої туберкульози.

Кирилівка. Скадовське

Кирилівка — (для грязьового лікування—дивись грязьові курорти).
Кирилівка, Скадовське, — для кліматичного лікування.

Покази:

а) Хороби нервової системи: 1) функціональні, неврози, як первинні, невраетенія, з обмеженнями, з зазначеними в загальних протипоказах; професійні неврози.

б) Комбіновані неврози, від різних інтоксикацій (туберкульоза, люес, малярія), автоінтоксикацій (з-приводу хороб шлунково-кишкового тракту, серцево-жилової системи, статевої сфери, виміни речовин та ендокринних залоз).

в) Хронічні катари дихальних шляхів.

г) Скрофульова, рахіт, дитячі діятези й хороби розвитку.

д) Реконвалесценти після гострих хороб.

Чернигів

Інститут фізичних метод лікування.

Покази:

1. Хвороби нервової системи. 1. Функціональні неврози первісного характеру, неврастенія гістерія, психостенія, з тими обмеженнями, що про них зазначено в загальних протипоказах; професійні неврози.

2. Комбіновані неврози, що своїм походженням зобов'язані різним інтоксикаціям (туберкульозу, люесу, малярії) аутоінтоксикація з приводу страждань шлунково-кишкового тракту захорувань серцево-жилової системи, статевої сфери, виміни речовин та ендокринних залоз.

Різноманітні форми органічних поразок периферичної, центральної та вегетативної нервової системи.

Хвороби жіночої статевої сфери:

1) Розклад вегетативної та ендокринної системи, преклімакса та клімакса.

2) Страждання жіночої статевої сфери (хронічні запалення урази, яєчників, труб, тазової брюшини, клітчатки, рубцеві стягнення тощо) для грязьолікування.

3) Захорування органів руху для грязьолікування (дивись грязьові курорти).

3. Захорування периферичної нервової системи, для грязьового лікування.

Хвороби виміни: подагра, діябет, цукрова сечо-виснага, опасистість, схуднення, хронічна оксалурія.

Протипокази:

1) Психози, прогресивна паралiза, наркоманії (запій), епілепсія. Тяжкі форми неврастенії та гістерії з різко виявленими психічними симптомами (пограничні, перехідні форми між неврозами та психозами), а також неврози з нападами судом та непритомного стану й травматичні, так звані командні неврози. обмежені поразки центральної нервової системи в гострому періоді.

2) Розлад компенсації серця. Гострі серцево-жилові неврози, що вимагають абсолютного спокою. Туберкульоза легень, горлянки.

3) Хорі, що не можуть самі пересуватися та харчуватися власними силами.

4) Протипокази, зазначені спочатку в розділі „Загальні протипокази“.

Загальні протипокази до відрядження дітей на українські курорти.

1. Усі гострі заразні захорування.
2. Хронічні заразні захорування (заразна стадія туберкульози, природжений нелікований сифіліс та гонорея).
3. Заразні захорування шкіри (стригучий лишай; фавус).
4. Заразні захорування слизових оболонок очей (гнійний кон'юнктивіт, трахома).
5. Ясно виявлені випадки розумової відсталости (олефренія, ідіотія, імбецилітас).
6. Різко виявлені форми психо-неврозів, травматичних неврозів, гістерія.
7. Епілепсія.
7. Віттова хвороба та всі форми сіпання (тиків).
9. Нічне нестримування сечі.
10. Відкриті форми легеневої туберкульози (декомпенсовані форми).
11. Різко виявлена декомпенсація серця і нирок.
12. Діти, важко виховувані, що випадають із колективу.

1. Дитячий Санаторій у Люстдорфі (Одеса)

Приймають дітей з 6 до 14 років включно.

а) До соматичного відділку:

1) Діти, що перенесли гостре інфекційне захорування, ослаблені.
2) Діти з недокрив'ям.
3) Діти із загальним підупадом живлення.
4) Діти, що мають звгальне збільшення периферичних, лімфатичних залоз; діти, що в них поражені периферичні лімфатичні залози з норицями, але без значних нагноєнь.
5) Діти, що хворіють на туберкульозний бронхоаденіт із нормальною або субфебрильною температурою, не маючи явно виявлених явищ у легенях.
6) Діти, що мають туберкульозу очеревини, без дуже розвиненої кахексії.
7) Діти з рештками серозного або гнійного плевриту, які перебувають в стадії одужування; діти з туберкульозним ураженням плеври.
8) Діти з ревматичною інфекцією хронічного характеру.

б) До кісткового відділку:

1) Діти, що в них є туберкульозне ураження суглобів верхніх або нижніх кінцівок із норицями або без таких; діти з початковою формою поразки туберкульозою хребта.

Увага 1. Усі випадки кісткової туберкульози, що супроводяться напливними абсцесами, а також паралізами, до санаторій не приймаються.

Увага 2. До відділку кісткової туберкульози приймають дітей віком від 4 до 14 років.

Увага 3. До кісткового відділку приймають дітей на термін не меньше двох з половиною місяців.

II. Дитячий санаторій в Слов'янському, а також курорт ім. „Жовтневої Революції" в Одесі (кол. Холодна балка)

а) Відділок для ревматиків

Покази:

1) Діти із захоруванням суглобів ревматичного характеру.
2) Діти із загальною ревматичною інфекцією підгострого та хронічного характеру.
3) Діти, що терплять від артритизму.
4) Діти, що мають поразки периферичних лімфатичних залоз.
5) Діти, що перенесли гострі інфекційні захорування.
6) Діти недокривні.
7) Діти, хворі на туберкульозу, бронхоаденіт у періоді компенсації.

Увага. Приймають дітей віком з 6 до 14 років включно.

б) Дитячий кістково-туберкульозний санаторій ім. Коха в Слов'янському

Покази:

1. Усі випадки поразок туберкульозою кісток та суглобів верхніх і нижніх кінцівок без нориць і напливних абсцесів.
2) Усі випадки початкового ураження туберкульозою хребта.

Увага 1. Не приймають дітей з далеко розвиненими випадками кісткової туберкульози із ураженнями середових органів, а також випадки, що супроводяться паралізою.

Увага 2. До кісткового відділку приймають дітей від 4 до 14 років на термін не менш двох з половиною м-ців.

III. Дитячий санаторій у Чернигові

Покази:

1) Діти, що перенесли гостро-заразні захорування.
2) Діти недокрівні.
3) Діти, що мають туберкульозний бронхоаденіт компенсованої форми та субкомпенсованої.
4) Діти, що перенесли серозні плеврити.
5) Діти з туберкульозою очеревини без кахексії.

Увага: Приймають дітей віком з 6 до 14 років на термін не менш, як півтора місяці

Дитячий санаторій № 2 в Пущі-Водиці

Покази:

1) Діти, що перенесли гострі заразні захорування.
2) Діти недокрівні
3) Діти, що хворіють на бронхоаденіт компенсованої і субкомпенсованої форми.

4) Діти, що мають збільшену периферичну лімфатичну систему без нориць.
5) Діти хворі на хронічний апендицит.

Протипокази

1) Активні форми туберкульози
2) Кісткова туберкульоза
3) Уражені периферичні залози
4) Різні ускладнення або захорування, що вимагають лікування у відповідних лікувальних установах (хвороби шлунково-кишкового, серцежильного апарату, нирок тощо).
5) Тяжкі нервові захорування (виявлена невропатія, дефективність), хорея та інше).
6) Грибкові захорування шкіри та волохатої частини голови (фавус, герпес тонзуранс, скабієс та інш.)
7) Трахома

Увага: До санаторії приймають дітей віком з 6 до 14 років.

Дитячий туберкульозний санаторій № 1 в Пущі Водиці.

Покази:

1) Усі форми туберкульози легень у компенсованій формі
2) Туберкульозні перитоніти і плеврити
3) Усі форми бронхоаденітів — субкомпенсовані та декомпенсовані
4) Відкриті форми легеневої туберкульози без ураження решти середових органів.

Увага: Дітей, що мають бацилярну форму туберкульози (відкриті форми) приймають на термін не менше $2^1/_2$ м-ців.

Протипокази:

1. Неактивні або малоактивні форми бронхоаденітів, що для свойого лікування не потрібують перебування в санаторії, а тільки амбуляторного догляду від диспансера або направлення до дитячої денної санаторії, майданчика і т. інш.
2. Декомпенсовані форми туберкульози легенів, що потрібують лікування в тублікарні.
3. Кісткова туберкульоза.
4. Різні ускладнення або захорування (хороби шлунково-кишкового, серцево-жилового апарату, нирок і т. ін.), що потрібують лікування у відповідних установах.
5. Грибкові захорування шкіри і волохатої частини голови (фавус, герпес тонзуранс, скабієс і т. ін.).
6. Тяжкі нервові захорування (визначена невропатія, епілепсія, дефективність і т. ін.)

Термін перебування для дітей з закритими формами не менш 2, а для дітей з відкритими формами не менш, як 3 місяці, з правом санаторії продовжувати термін перебування 1 і 2 категорії. коли цього вимагатиме стан їхнього здоров'я.

До санаторії можна направляти дітей такого віку: з закритими формами з 9 до 14 років, з відкритими формами — від 6 до 14 років.

Дитячий санаторій в Скадовському.

Покази:

1) Діти, що перенесли ревматизм суглобів.
2) Діти, що хворіють на загальну ревматичну інфекцію хронічного характеру.
3) Діти, що хворіють на туберкульозу, бронхоаденіт, компенсований і субкомпенсований.
4) Діти, що перенесли гостро-заразні захорування
5) Діти недокрівні.
6) Діти, що мають загальне ураження периферичних лімфатичних залоз із норицями.
7) Діти, що мають загальне ураження лімфатичного апарату.

Увага: Дітей приймають віком з 6 до 14 років на півтора місяці.

Дитяча курортна клініка Б. Ф. Т. І.

Покази:

1. Кісткові і суглобові захорування.
1) Підгострі та хронічні форми суглобового ревматизму
а) не ускладнені
б) ускладнені від серця й нервової системи.
2). Хронічні поліартрити не ревматичного характеру, що зазнали об'єктивних змін (синовитти, периартрити, деформації):
а) післяінфекційні (шкарлятина, дизентерія, тиф)
б) люетичні, в) подагричні, г) ендокринні
2. Захорування периферичної та центральної нервової системи (неврити задавнені більше за 6-м-ців післяінфекційного характеру).
3. Захорування серцево-жильної системи:
а) Функціональні розлади
б) Страждання ендокарда та міокарда в стадії компенсації й легкої декомпенсації

Увага: Вік дітей, що їх приймають з 8 до 15 років.

Протипокази:

1) Захорування, що не ввійшли до реєстру показів
2) Усі форми активної туберкульози
3) Кісткова туберкульоза
4) Інфекційні та контагіозні захорування
5) Серцеві захорування в стадії декомпенсації.

III. Оголошення та об'яви

1. Відзначено кращих робітників

1. Нарком Охорони Здоров'я тов. Канторовіч С. І. відзначив у своєму розпорядженні з 11 січня 1932 р. енергійну та цінну роботу, що провели робітники групи стандартизації сектора Рацставин'у НКОЗ. в галузі виконання та перевиконання зустрічного пляну щодо стандартизації.

Зважаючи на те, що група стандартизації дійшла значних успіхів лише через правильне, вміле та активне керівництво роботою стандартизації і раціоналізації та створення сприятливих умов для цієї роботи від керівника сектору Рацставин'у тов. Приходька, Нарком висловив від імени НКОЗ УССР подяку керівнику сектору Рацставин'у тов. Приходькові Ф. Т., керівникові групи Стандартизації тов. Динкину І. Л. і наказав видати їм відповідні грамоти від імени Наркомздоров'я та премії по триста крб. кожному,

Інспекторові сектору медсанвиробництва т. Машинко та консульт. гр. стандартизації — тов. Вайнштейн висловлено подяку від імени НКОЗ та преміювано т. Машинко М. С. сумою 250 крб. та тов. Вайнштейн К. С. — 200 крб.

Тим самим розпорядженням запропоновано Інститутам Охматдит, ОЗДП та Здоровохорони, відділу охорони здоров'я Харківської Міськради виконати постанову УКС'у в справі преміювання т. т. Єфремової М. Є., Злотника І. Л., Майданського В. М. та тов. Шварца А. С.

2) Відвідування Полтавської Дитячої інфекційної лікарні довело, що в лікарні скрізь панує показовий порядок, чистота, що медперсонал свідомо і надзвичайно ретельно ставиться до відповідальної роботи догляду тяжко хворих дітей.

За гарну постановку роботи в лікарні, забезпечення належної дисципліни й сумлінної роботи всього персоналу, оголошую від НКОЗ подяку Головлікареві т. Натансону А. М.

Лікпому тов. Трофімовій Г. П. за багаторічну самовіддану роботу на користь хворого дитинства, що лікується в лікарні, за зразкове уважне ставлення до всіх ланок роботи (удень та вночі), за постійне енергійне прагнення підвищити кваліфікацію свою та виконув. роботи, — оголошую подяку та наказую преміювати її сумою 130 крб., що становить двомісячний її оклад.

Це розпорядження оголосити в бюлетені та в медичних журналах.
(Розпорядження Нарком Охорони Здоров'я т. Канторовіча з 29 січня 1932 року).

2. Догани й кари недбайливим адміністраторам і медробітникам

(із розпорядження Наркомздоров'я т. Канторовіча)

Обслідування Антонінського району з'ясувало цілком ненормальний стан епідсправи в ньому, загрозливий стан району щодо пошесних захорувань, незадовільну підготову до боротьби з ними.

Сили саноргранізації в районі розподілено цілком неправильно; віддати одну дільницю — Красилівську — доручено ротному лікпомові, як т. в. о. санлікаря, а другу — Антонінську — райсанлікареві, причому, плян робіт складено лише для Антонінської дільниці, у Красилівській дільниці робота йде самопливом; перевірки роботи не провадиться, жодна група санробітників не має санбази; Антонінська організація має літературу, наочне приладдя, але не має приміщення, і всі матеріяли стоять по скринях; Красилівська організація має приміщення, але не має майна і керівної сили (лікаря), пошесні ліжка розташовано в районі дуже невдало, пошесний барак є в неприпустимому стані, хворі відмовляються перебувати в бараці і шпиталізація хворих цілком недостатня (50%) не організовано повідомлення, саноргранізації про пошесні захорування, кількість існуючих лазень в районі недостатня (2) в той час, коли в районі є низка лазень на консервації (3), ремонт яких цілком доступний; дезінсекції покликанців до Червоної Армії не зроблено тому, що не знайшли дезінфектора, а санлікар Корнійчук та РЗІ Шпитько, теж за фахом санлікар, не спромоглися без дезінфектора налагодити цю справу, маючи під руками апарат Сакса та пом. санлікаря.

Увесь час поміж РЗІ Шпитько та санлікарем Корнійчук точаться непорозуміння, що часто-густо доходять до образ, взаємної неповаги. РЗІ, не зважаючи на наявність окремих випадків висипного тифу та відсутність другого санлікаря в районі, не взяв на себе обов'язків санлікаря, а працює за сумісництвом в лікувальній справі та припустив у районі такий стан, що за наявности в районі саноргранізації немає санроботи.

Шепетівська райсанстанція не приділила жодної уваги Антонінському районові і не спромоглася одвідати район, не обслідувала його епідстану, не керувала роботою саноргранізації, маючи до того відомості про тяжкий стан району.

Такий стан санепідсправи у районі свідчить за неуважне ставлення РЗІ Шпитько до директив уряду та партії в галузі поліпшення справи охорони здоров'я,

Оголошую т. Шпитькові догану і пропоную протягом місяця привести санорганізацію району в належний стан — об'єднати всю санорганізацію в одну групу, забезпечити належне керівництво та контроль санепідроботи, взявши на себе обов'язки райсанінспектора.

Керівникові Шепетівської райсанстанції зауважую неприпустиме ставлення до обов'язків керувати та напрямлювати санепідроботу в прикріплених районах і пропоную негайно виїхати до Антонінського району і разом з РЗІ т. Шпитько налагодить роботу санорганізації, зокрема виконати пропозиції представника Київського санбакінституту т. Ященка в цій справі.

Секторові кадрів — санлікаря Антонінського району Корнійчук перевести до іншого району, відрядивши на її місце іншого санлікаря.

Звернутися до Антонінського РВК з проханням приділити належну увагу справі охорони здоров'я в районі зокрема в найближчий час заслухати доповідь РЗІ про налагодження в районі санепідсправи.

Цей наказ оголосити в бюлетені.

3. Догани райздоровінспекторам

За невиконання вимоги про подання кошторисів з фонду меддопомоги за 1931 рік від НКОЗ оголошено догану інспекторам охорони здоров'я таких районів:

Петріївського
Лиманського
Хмільовецького
Понорницького
Ново - Миколаївського
Сартанського
Олексіївського
Томаківського
Варвінського
В. Лепетиського
Опішнянського
Старо - Салтівського
Голованівського
Іванківського
Цареконстянтинівського
Старо - Керменчицького
Молочанського
Арбузинського
Антоно - Кодинцівського
Решетилівського
Чемерівецького
Чорнобаївського
Коларівського
Ново - Василиївського
Анатолівського
Троїцького (на Одещині)
Старо - Ушицького
Голопристанського
Барашівського
Черняхівського
В Дубечанського
Волноваського
Покровського.

4. Конкурс

Харківський Медичний Інститут оголошує конкурс на такі вільні посади:
1) Дві штатні посади асистента катедри проф гігієни.
2) Одна штатна посада асистента кат. туберкульози.

Терміи конкурсу до 15 березня 1932 року

Заяви про бажання взяти участь у конкурсі надсилати на адресу: Харків, вул. К. Лібкнехта 41. Мед. Інституту.

До заяви треба додати короткий життєпис, наукові праці, відповідні документи про службу та громадську роботу.

Анкети можно одержати в Мед. Інституті.

Знати укрмову обов'язково.

5. НОВА КНИЖКА.

Вийшла в друку книжка юрисконсульта НКОЗ тов. Спаського М. В. „Обов'язки госпорганів у галузі охорони здоров'я"

Оргсектор НКОЗ рекомендує всім міськ — та райздоровінспектурам придбати цю книжку. Її можна одержати післяплатою з крамниці Укркнигоцентру — Харків, Шляпний пров. № 1. **Ціна книжки — 45 коп.**

4. Кіно-фільми для санкультроботи

Група санкультури оголошує список кіно-фільмів з наявного прокатного фонду „Українфільму“, які можливо використати в санкультроботі.

Надалі редакція бюлетеня буде періодично оголошувати про нові фільми, які поступатимуть до прокату.

Ч. ч.	Назва фільму	Кількість частин	Кількість метрів	Ч. ч.	Назва фільму	Кількість частин	Кількість метрів
1	За здорову зміну	6	2151	27	Хто винен	6	1537
2	Зуби та здоров'я людини	4	1293	28	Лижви	2	681
3	Механіка нормальних пологів	6	1145	29	Алькоголь	3	814
4	Народження людини	6	1693	30	Аборт	6	1654
5	Остуда та хвороба	6	2332	31	Втома й боротьба з нею	6	1398
6	Ясла	2	682	32	Гігієна жінки	5	1292
7	Сказ	3	970	33	Механіка головного мозку	6	2035
8	Розділи сучасної хірургії	4	1648	34	Проблема живлення	5	2140
9	Туберкульоза	5	1845	35	5 день відпочинку	1	286
10	У. Ч. Х.	5	1500	36	Під гіпнозою	6	1368
11	Шкарлятина	5	1825	37	Шляхом фізкультури	6	1380
12	День у будинкові відпочинку	1	234	38	Більше сонця дитині	2	533
13	Фабрика-кухня	2	604	39	Омолодження	6	2000
14	Народження героїні (фабрика-			40	Жіночий спорт	1	333
	кухня)	6	1620	41	Радянська рентгенологія	5	—
15	Водогін	2	732	42	Хіба ми можемо мовчати	6	2169
16	Операція очей	2	666	43	Краса й сила	6	2111
17	Черевний тиф	1	351	44	Бережі око	4	1330
18	Ампутація уразу	1	383	45	Грязелікування	4	1360
19	Переливання крови	3	—	46	Жінці про жінку	4	1077
20	Коли гудуть примуси	2	401	47	Техніка бігання на лижвах	1	379
21	Фізичні методи лікування	2	410	48	Спорт і гри на льоду	1	215
22	Культура в побуті	1	370	49	Грип	1	767
23	10 років Радмедицини	3	856	50	Світ, повітря і життя	3	455
24	Правда життя	6	1937	51	Сонце — твій лікар	1	357
25	Мий додір	1	215	52	Кіно-журнал № 7 жовтень 1931 р.		
26	Наш старий ворог	2	560		„В похід за чистоту“	1	303

7. Про застосування обмінних санаторно-курортних карток.

Щоб припинити відрядження на курорти хворих без медичного огляду та висновків санаторно-курортних комісій або ЛКК, встановлено вживання обмінних санаторно-курортних карток Без цих карток хворих на всіх курортах СРРС не прийматимуть.

Щоб здійснити це НКЗО надіслав до всіх райздоровінспектур вищезгадані курортні картки, які повинні обов'язково видаватися хворим, що їдуть на курорти. У разі цих карток на місцях не вистачить, Райздоровінспекторам належить надрукувати самим потрібну кількість.

8. Де діставати протиправцевої сироватки

До відому всіх установ охорони здоров'я лікувально-профілактична група НКОЗ подає таке:

Щоб одержати протиправцеву (протистовбнячну) сироватку, треба звертатися до відповідних філій Всеукраїнської Аптекоуправи.

VI. Охорона здоров'я за кордоном

(*Редагує лік. М. Б. Сегал*)

1. Конгреси та конференції

1/II-й інтерн. конгрес неврології відбудеться у Лондоні 1935 р. з приводу святкування того року сторіччя зо дня народження англійського нейролога H. Jackson'a. Поки що конгрес вирішив відкласти заснування міжнародньої асоціяції неврологів і залишити на 2 роки існуючі організації, а саме: бюро та національний комітет, що їх було утворено для підготування 1-го інтернаціонального неврологічного конгресу.

(Revue Neurologique 1931 р. № 4)

2) 19 — 22 вересня 1932 р. у Віші (Франція) відбудеться інтернаціональний конгрес у питаннях жовчових камінців. Теми передбачено з внутрішньої медицини, хірургії, терапії, гідрології, електро-кардіології і фізіотерапії. Секретаріят конгресу: Paris, Boulevard des Capucines 24

3) 1934 р. у Берліні передбачається під головуванням проф. R. Sudhoff інтернаціональний конгрес історії природознавства та техніки (Wien. med. Woch. 1931, № 32).

4) Наступна конференція інтернаціональної федерації боротьби з тбк. відбудеться 6-9 вересня 1932 р. у Гаазі. Програмні теми такі: 1) співвідношення алергії та імунітету; 2) терапія золотом; 3) післясанаторна допомога. Цього року конференція федерації відбулася в Парижі, в приміщенні нових туберкульозних лябораторій інституту Пастера. Заслухано було доповідь американського проф. Soper на тему: „Стандартний плян протитуберкульозної кампанії" та делегата Греції про боротьбу з тбк у цій країні.

Постійна резиденція федерації: Paris 2, Avenue Velasquez Secrétaire gén.

5) Інтернаціональний конгрес тропічної медицини, що мав відбутися в Амстердамі 1932 року, через тяжке економічне становище західньої Европи, відкладено на невизначений термін.

6) II-й інтернаціональний конгрес захорувань вуха, носа й горла відбудеться 27 — 30 вересня в Мадриді. Головна тема — склерома. Генеральний секретар конгресу A. Fumagallo. Madrid, Argensola 16 — 18

7) 19 — 24 травня 1932 р. у Римі відбудеться конгрес інтернаціональної ліги боротьби з ревматизмом.

2. Занепад соціяльної гігієни в Німеччині

На думку Берлінського кореспондента американського журнала J. Am. Med. Assoc. мало хто уявляє собі розміри катастрофічного впливу обмеження, в зв'язку з кризою, витрат громадських фондів на потреби соціяльної допомоги в Німеччині. Наприклад цього року, згідно з декретом директора Пруської провінції, значно обмежено допомогу калічним (закрито прийом до стаціонарів); допомогу туберкульозним дається лише в особливо тяжких випадках. За такого стану хорі залишаються поміж здорових і розповсюджують інфекцію. У зв'язку з кризою також скасовано державні асигнування та значно скорочено комунальні витрати на дитячі сніданки по школах. В одному Берліні лікарі налічують 165.000 дітей з недостатнім живленням.

№ 3-4

Відповід. редактор С. І. Канторович

ДВОУ УПП. 7 Друк. ім. Фрунзе. Харків, Дон.-Захарж., 6. Укрголовліт 1377. Зам. 218. Прим. 6.500.

К.П.У.

ПРОЛЕТАРІ ВСІХ КРАЇН, ЄДНАЙТЕСЯ!

БЮЛЕТЕНЬ

НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

РІК ВИДАННЯ 8-й

Редакція: Наркомздоров'я УСРР, Харків, Буд Держпромисловости 6-й під'їзд, 4 поверх

№ 5-6	БЕРЕЗЕНЬ 1932 року	№ 5-6

ОГЛАВ

1. Листи Наркомздоров'я до медсанробітників України

За розгортання ініціятиви та самодіяльности медробітників у галузі вдосконалення справи охорони здоров'я.

Про видання історії охорони здоров'я на Україні.

II. Офіційна частина. Організаційна частина 56. Устава про медсанууправління районів на водному транспорті УСРР. 57. Про точне розуміння терміну „медробітник". 58. Про неприпустимість скорочувати мережу лікустанов. 59. Неприпустимо скорочувати мережу спец. диспансерів. 60. Про забезпечення медустанов їдальнями та розподільниками для медперсоналу Кадри. 61. Про переважне використання відрядженого медперсонала на провідних ділянках промисловости. 62. Статут Українського Виробничо - Заочного Інституту медкадрів. Оздоровлення побуту. Боротьба з епідеміями. 63. Санітарні правила для транспортування м'яса 64. Про саннагляд за промисловими спадними водами. Обов'язкові правила про участь житлокоопів в підтримуванні чистоти. 65. Про розгортання саносвітроботи по житлокоопах і гуртожитках. Охматдит. 66. Типовий розпорядок шкільної праці та норми навантаження учнів навчально - виробничою та громадською роботою. Лікувально-профілактична частина. 67. Про забезпечення місць фармпрепаратами для наркозу та перев'язувальним матеріялом.

III. Із діяльности Наркомздоров'я та його секторів 1. Про епідемічний стан України. 2. Про організацію та оздоровлення праці підлітків і робмолоді. 3. Про медсанобслуговування студентства. 4. Про розвиток мережі медсанцехів. 5. Стан і перспективи розвитку українських курортів на 1932 р. 6. Із діяльности центральної ради в справах диспансеризації. 7. Про забезпечення медсанустанов хірургічним інструментарієм та препаратами. 8. Про Всеукр. конкурс на кращу лікпрофустанову. 9. Оголошується двотижневик боротьби за зниження захорувань на очі, вухо, горло й ніс. 10. Відзначення ювілею т. Скрипника М. О. 11. Успішна робота ін - ту ендокринології. 12. Про гарну роботу фабрик наочних приладь. 13. Про вироблення в СРСР електромагнетів для очових медустанов. 14. Із діяльности Надзвичайної комісії в справах боротьби з пошестями. 15. Про забезпечення госпоб'єднань, проектних і будівельних організацій сан. компетенцією

VI. Об'яви та оголошення. 1 Конкурси. 2. Про вільні посади медсанробітників. 3. Медробітники—злочинці. 4. Об'ява Укр. Держ. Мед. Бібліотеки.

I. Листи Наркомздоров'я до медсанробітників України.

За розгортання ініціятиви та самодіяльности медробітників у галузі вдосконалення справи охорони здоров'я.

(лист Наркома Охорони Здоров'я УСРР т. Канторовіча до всіх медсанробітників України)

Шановні товариші!

Творча думка робітничих мас на всіх ділянках народнього господарства дала величезні ефективні наслідки щодо раціоналізації виробництва, піднесення продукційности та якости праці.

Ініціятива й творчість робітничих мас у вугільній, металюрґійній, хемічній та інш. промисловостях, а також на транспорті дали чимало надзвичайно цінних пропозицій, що їх вже здійснено в широкій практиці соціялістичного будівництва.

В останній завершувальний рік п'ятирічки перед органами охорони здоров'я за настановленнями XVII Партконференції стоять величезні завдання удосконалити справу охорони здоров'я так, щоб вона якнайповніше й найкраще забезпечувала б медсанобслуговування будівників соціялізму.

Цю важливу роботу органи охорони здоров'я можуть виконати лише за активної участи самих трудящих, зокрема широких мас медробітників. Їхню безперечно — наявну творчу думку НКОЗ УССР цілком і завжди готовий повнотою підтримати та заохотити.

Для реорганізації та значного поліпшення справи охорони здоров'я надзвичайно цінні різні раціоналізаційні пропозиції, що їх на підставі свого широкого досвіду й практики роботи висувають наші периферійні медробітники.

Проте, ці пропозиції часто не набувають жодного ефекту, бо автори не оголошують їх. Ми не маємо також ніякого обміну цінним досвідом робіт периферійного медперсоналу в галузі раціоналізації справи охорони здоров'я, а такий обмін—дуже потрібний й безумовно дасть багато корисного матеріялу.

Ініціятиві й самодіяльності медробітників у галузі поліпшення й раціоналізації нашої медсансправи я надаю виключну вагу.

Отже, звертаюся до всіх товаришів медробітників УСРР й прошу писати мені особисто про всі заходи, що можуть значно поліпшити й раціоналізувати справу охорони здоров'я. Кожну рацпропозицію я розгляну особисто й забезпечу її реалізацію, якщо її можна буде виконати.

Твердо сподіваюсь, що всі медробітники УСРР відгукнуться на цей мій заклик і ми спільними зусиллями спроможемось піднести справу охорони здоров'я на височінь сучасних політичних завдань, наблизити її до соціялістичного будівництва нашої країни.

Народній Комісар охорони здоров'я УСРР—**Канторовіч.**

20 березня 1932 року

Про видання історії охорони здоров'я на Україні.

До XV роковин Жовтневої Революції Наркомздоров'я готує видання про історію радянської охорони здоров'я на Україні.

Базу для збирання та бібліографічного опрацювання матеріялів до цієї роботи мають становити Українська Державна Медична Бібліотека в Харкові (Пушкинська 14) та Державні Медичні Бібліотеки в Києві (вул. Короленка 45), Одесі (вул. Самуелі 4), Дніпропетровському (пр. Маркса 101) та Сталіному (1 лінія 57), на які НКОЗ покладає завдання бути органами державного книгозберігання літературної продукції закладів охорони здоров'я УСРР та вичерпної інформації про зібрані матеріяли.

До таких матеріялів належать: А. Друковані праці; всі видання всіх установ охорони здоров'я УСРР (книги, журнали, газети, метелики, плякати); всі медичні твори всіх медробітників УСРР, незалежно від місця надрукування їх (книги, журнали й газетні статті, плякати тощо). Б. Ненадруковані матеріяли: звіти всіх установ охорони здоров'я УСРР, повні списки

друкованих і ненадрукованих матеріялів кожної з цих установ, списки друкованих і рукописних медичних творів кожного робітника охорони здоров'я УСРР (складають автори творів).

Матеріяли ці слід надсилати; **два прим. Укр. Держ. Мед. Бібліотеці** і 1-2 прим. до тієї Держ. Мед. Бібліотеки, до якої належить відповідний район. Бажано також надсилати по 1 прим. до інших Держ. Мед. Бібліотек.

Пропонуючи всім органам охорони здоров'я і закликаючи всіх медробітників УСРР негайно розпочати роботу над збиранням друкованих матеріялів, передрукуванням рукописів, звітів, складанням додаткових матеріялів і упорядкуванням їх усіх, НКОЗ вважає за потрібне закінчити надсилання їх до Держ. Мед. Бібліотеки не пізніш 15 квітня 1932 року, щоб забезпечити повне використання їх для підготовлюваних до Жовтневих свят видань, виставок, тощо.

Провадити цю роботу слід обов'язково громадським шляхом: бриґади старих співробітників, гуртки історії установи.

Надалі з 1932 року всі перелічені матеріяли слід надсилати до Держ. Мед. Бібліотек зараз же після їх складання або надрукування, щоб забезпечити своєчасне бібліографування їх та використання.

м. Харків 15 березня 1932 р. Наркомздоров'я **Канторовіч**

II. Офіційна частина

ОРГАНІЗАЦІЙНА ЧАСТИНА

Затверджую:

Наркомздоров'я Канторовіч

16. УСТАВА

Про медично-санітарні управління районів на водному транспорті У. С. Р. Р.

1. Враховуючи сучасний реконструктивний період народнього господарства взагалі й водного транспорту зокрема, Наркомздоров'я, маючи на меті максимально наблизити медсандопомогу водникам, утворює районні медично-санітарні управління водного транспорту (Райводмедсанупри) у Києві — для обслуговування Горішнього Дніпра: у Херсоні — для обслуговування Нижнього Дніпра й Буга; у Одесі — Водосанупр — для обслідування Чорного моря.

2. До відання Райводмедсанупру належить безпосередня організація, на підставі директив НКОЗ, всієї справи охорони здоров'я у межах району, а саме:

а) Організувати санітарно-оздоровчі заходи та нагляду на водному транспорті за належним санітарним станом всіх транспортних об'єктів відповідно до чинних санітарних норм.

б) Організовувати протиепідемічні заходи на водному транспорті та серед транспортного водного населення;

в) Вивчати профшкідливості та профзахворування на водному транспорті та організовувати заходи оздоровлення умов праці та побуту водного пролетаріяту, запроваджувати заходи на зниження захворуваности та травматизму.

г) Організовувати та здійснювати профдобір на водному транспорті і через існуючі лікувально-профілактичні установи, і через психофізіологічні станції.

д) Ремонтувати робітну силу транспортників через належну організацію лікувально-профілактичної допомоги транспортникам. членам їхніх родин та дорівненим до них, згідно із спеціяльними правилами, що встановлює НКОЗ.

е) Організувати негайну й першу допомогу пасажирам, що раптом захворіли або під час нещасних випадків на водному транспорті.

ж) Організовувати заходи щодо оздоровлення дитинства та материнства серед водників.

з) Здійснювати заходи підвищення санітарно-культурного рівня водників та членів їхніх родин.

і) Організовувати заходи підготовки кадрів медсанробітників для медустанов водного транспорту.

к) Організовувати контроль за виконанням директив НКОЗ.

3. Всі зазначені завдання раймедсанупри провадять в контакті з територіяльними органами охорони здоров'я, пов'язуючи з ними всі плянові заходи своєї роботи.

4. На чолі райводмедсанупра є начальник, якого призначає й звільняє Наркомздоров'я.

5. Щоб здійснити завдання, покладені за артикулом 2 цієї устави, начальник району має право:

а) Призначати та переміщувати медперсонал та адм. тех. робітників, згідно з чинними законоположеннями;

б) затверджувати правила внутрішнього розпорядку, що їх розробляють окремі установи району;

в) встановлювати порядок і час роботи всіх підлеглих установ;

г) здійснювати повсякденний контроль за переведенням роботи відповідно до чинних директив НКОЗ;

д) притягувати до відповідальности і судової, і адміністративної всіх осіб медперсоналу, що порушують директиви та правила внутрішнього розпорядку;

е) складати загальний кошторис району з фонду меддопомоги та держбюджету на підставі індивідуальних кошторисів окремих установ;

ж) складати кошторис витрат з фонду НКВоду для всього району і щодо широких оздоровних заходів, і медико-санітарних, надсилати й обстоювати цей кошторис перед відповідними господарчими установами;

з) затверджувати пляни робіт окремих установ;

і) одержувати від усіх установ району за встановленою формою звіти з усіх галузів їхньої роботи та складати загальний звіт для подання до НКОЗ;

к) скликати районні паради медперсоналу за участю робітничих мас для обговорення перспективних плянів та всіх практичних питань роботи;

л) погоджувати з Управлінням Водшляхів і портів всі питання взаємовідносин з Наркомводом.

м) видавати спільно з Управлінням Водшляхів та портів обов'язкові санітарні постанови для водного транспорту в межах свого району;

н) притягувати до відповідальности осіб, винних в порушенні санітарних правил на водному транспорті.

6. Усі установи району в операційному, адміністративному та фінансово-господарчому розумінні безпосередньо підпорядковані начальникові району, який має право розпорядника всіх кредитів району.

7. Райводмедсанупри утримуються коштом державного бюджету за кошторисом і штатами, затвердженими від НКОЗ УСРР.

57. Про точне розуміння терміну „Медробітник"

До всіх облздоровзідділів, райздоровзідділів Донбасу, до Маріюпільського міськздоровінспектора.

Копія — до НКОЗ АМСРР.

На місцях, застосовуючи чинні правила про поліпшення матеріяльно-побутового стану медперсоналу, часто неправильно розуміють термін „медробітник", вилучаючи з числа медробітників фармацевтів, лікпомів, медсестер тощо, вважаючи за медробітників лише медлікарів.

Отже, Наркомздоров'я пояснює таке:

За постановою РНК УСРР з 17 квітня 1924 року „Про правила, що регулюють професійну роботу медперсоналу" (зб. уз. УСРР 1924 р. ч. 10, арт. 94), до складу медробітників належать: 1) лікарі, 2) лікарі-одонтологи, зублікарі; 3) лікарські помічники, 4) фармацевти, 5) акушерки, 6) сестри й брати медичні, 7) масажисти й масажистки.

Так само в арт. 10-му постанови ВУЦВК'у й РНК УСРР з 5 травня 1931 р. „Про поліпшення матеріяльно-побутового стану медперсоналу" (зб. уз. УСРР 1931 р. ч. 16, арт. 141) ясно зазначено, що з права на різні культурно-соціяльні пільги, встановлені законом, користують всі вищенаведені категорії робітників.

Тому, застосовуючи правила про культурно-соціяльні пільги, не можна обмежено тлумачити термін „медробітник", поширюючи його лише на медлікарів, а обов'язково слід застосовувати й до осіб середнього медперсоналу.

Треба мати на увазі, що до середнього медперсоналу належать також пом. сан. лікарі, дезінфектори, щепії, медлаборанти і рентгенляборанти тощо, цебто ті особи, що фактично допомагають медлікарям в їхній роботі й працюють під їхнім керівництвом.

Наркомздоров'я УСРР — **Канторович**

(Об. розпор. № 4202-92 з 17/III-1932 року)

58. Про неприпустимість скорочувати лікмережу та зменшувати заходи охорони здоров'я

До всіх обласних відділів охорони здоров'я, до міських і районних інспектур охорони здоров'я. Копія до НКОЗ АМСРР

Деякі представники місць, що були в НКФ підчас розгляду контрольних чисел місцевого бюджету та визначення лімітів для окремих відомств, потім відвідували НКОЗ і запевняли, що ліміти на охорону здоров'я дуже обмежені, через що протягом 1932 р. доведеться скорочувати мережу, що фактично існує, так само й щодо засигнувань на заходи охорони здоров'я:

Визнаючи, що ліміти за контрольними числами дійсно обмежені на 1932 р., НКОЗ, проте зауважує, що це ні в якому разі не може бути підставою, щоб скорочувати існуючу мережу установ та їхню роботу.

Перебільшення асиґнувань на охорону здоров'я за бюджетом 1931 р. проти встановлених за контрольними числами переконує НКОЗ в тому, що й 1932 року місця значно збільшать встановлені ліміти, особливо там, де здоровінспектори домагаються коштів та авторитетно обстоюють свій бюджет.

Уряд дав право міськрадам та виконкомам змінювати встановлені ліміти поміж окремих відомств, а також збільшувати тому або тому відомству асигнування коштом нових вишуканих джерел прибутків, так само й збільшення суми передбачуваних надходжень прибутків.

Тому НКОЗ пропонує ужити рішучих заходів, щоб у процесі складання на підставі контрольних чисель місцевих бюджетів на 1932 рік справу охорони здоров'я забезпечити повнотою потрібними кредитами, щоб не тільки не було будьякого скорочення теперішньої мережі установ і заходів, а навпаки, щоб забезпечити асиґнуваннями розширення мережі а зокрема передбачити максимальне збільшення асиґнувань на нове будівництво, капітальний ремонт та обладнання медустанов.

Заст. Наркомздоров'я **Хармандар'ян**

Кер. фінсектора **С. Довбіщенко**

(Об. розп. НКОЗ № 5233-3 з 16 березня 1932 р.)

59. Неприпустимо скорочувати мережу спеціяльних диспансерів

До всіх рай та міськздоровінспектур Копія — до облздороввідділів, Медсансектору Уповнаркомшляхів та сектора водного транспорту

Останнім часом справа поширення мережі спеціяльних диспансерів (онко, кардіо, психоневро, ревма тощо) дійшла цілковитого занепаду і навіть є випадки ліквідації диспансерів, що існували раніш.

Вважаючи таке явище за цілком неприпустиме, пропоную надалі приділити серйозну увагу розвиткові мережі спеціяльних диспансерів та забезпеченню потрібних умов роботи наявних одиниць цієї мережі.

В процесі перебудови медсанправи за системою єдиного диспансера спеціялізовані диспансери повинні входити до складу єдиного диспансера, як його самостійні відділки, і жодного скорочення чи то злиття цих установ припускати неможна.

Наркомздоров'я — **Канторович**

60. Про забезпечення медустанов їдальнями та розподільниками для медичного персоналу

До всіх районних і міських здоровінспектур. Копія до обласних здороввідділів, медсансектору Уповнаркомшляхів, сектору водного транспорту.

Наркомздоров'я вже неодноразово нагадував периферійним органам за потребу всебічно сприяти розвиткові в системі охорони здоров'я зачинених їдалень та розподільників для медперсонала. Проте, ця справа по місцях розвивається дуже повільно й це спричиняє до погіршення матеріяльно-побутових умов медробітників та збільшує плинність останніх.

Виходячи з цього, ще раз пропоную протягом найближчих місяців забезпечити великі медустанови, а також окремі групи дрібних установ спеціяльними їдальнями й розподільниками для медперсоналу, використовуючи на цю потребу кошти, заощаджувані після задоволення потреб хворих по відповідних установах у наслідок економного витрачання, раціоналізаційних заходів і передаючи до згаданих їдалень решту продуктів од плянового постачання та власних господарств, що є по ліксанзакладах.

Наркомздоров'я **Канторович**

(Об. розп. НКОЗ в 10 березня 1232 р. № 45 — ПК — 990)

КАДРИ

Про переважне використання відрядженого медперсонала на провідних дільницях промисловости.

До органів охорони здоров'я Донбасу та пром. районів.

Наркомздоров'я пропонує всіх лікпомів, що їх відряджено до Вашого району насамперед напрямити для обслуговування підземних пунктів першої допомоги, замінюючи всіх ротних лік-

помів, другою чергою комплектувати пункти першої меддопомоги на поверхні і тільки останньою чергою решту лікпрофустанов.

Повідомлення про виконання надіслати до НКОЗ УСРР.

Заст. Наркомздоров'я Кустолян
Керівник сектору кадрів Туркельтауб
(Об. розпор. НКОЗ № 2221-4 з 13 березня 1932 року)

Затвердив:
Наркомздоров'я С. Канторович
Січень 1932 р.

62. СТАТУТ
Українського Виробничо-Заочного Інституту Медичних Кадрів (УВЗІМК)

Загальні засади

1. Щоб надати пляновости виробничо-заочному медичному навчанню та керувати виробничо-заочною медичною освітою — у віданні НКОЗ УСРР організується, як єдиний адміністративно-організаційний і методичний центр, Український Виробничо-Заочний Інститут медичних кадрів (УВЗІМК).

2. До завдань УВЗІМК належить.

а) організувати виробничо-заочне медичне навчання для підготови медичних робітників та перекваліфікації й підвищення кваліфікації наявних медичних кадрів;

б) здійснювати програмово-методичне й учбове керівництво та контролю по всіх закладах виробничо-заочної медичної освіти;

в) розроблювати методику, методологію та організацію виробничо-заочної медичної освіти;

г) поширювати засади виробничого навчання в галузі заочної медичної освіти.

3. Для здійснення покладених на нього завдань УВЗІМК має право:

а) організовувати різні заклади виробничо-заочної мед. освіти при відповідних стаціонарних медичних навчальних установах (заочні сектори), а також і самостійні курси в безпосередньому віданні УВЗІМК.

У в а г а. Заочні сектори при стаціонарних медичних навчальних установах і самостійні виробничо-заочні курси УВЗІМК чинять на підставі окремого про них статуту;

б) встановлювати правила прийому та умови навчання по закладах виробничо-заочної медичної освіти;

в) розроблювати, підготовлювати до друку й видавати навчально-програмові матеріяли: навчальні пляни, програми, підручники, лекції, методичні вказівки тощо;

г) вивчати роботу установ заочної освіти СРСР та закордоном і найцінніший досвід заочної роботи застосовувати до установ заочної медичної освіти в УСРР;

д) досліджувати найновіші форми заочної освіти, як ось: через радіо, кіно тощо й запроваджувати їх в УСРР;

е) координувати роботу всіх закладів виробничо-заочної медичної освіти в УСРР;

ж) організовувати наради та конференції в справах виробничо-заочної медичної освіти.

4. Програмово-методичне керівництво по закладах виробничо-заочної медичної освіти УВЗІМК здійснює за настановленнями НКОЗ і НКО УСРР.

5. УВЗІМК поділяється на такі інститути й відділи: інститут вищої медичної освіти, інститут фармацевтичної освіти, ін-т вищої стоматологічної мед. освіти, відділ підвищення кваліфікації лікарів, відділ середньої мед. освіти, відділ масової санітарної культури, та відділ підготови до різних навчальних медичних закладів.

З дозволу НКОЗ УВЗІМК має право відкривати інші потрібні інститути та відділи відповідно до свого пляну роботи.

При УВЗІМК є окрема видавнича частина.

У в а г а. Інститути УВЗІМК дорівнюються щодо їхніх прав та обов'язків до відділів УВЗІМК.

Управління УВЗІМК

6. УВЗІМК є у безпосередньому віданні сектору кадрів НКОЗ УСРР.

7. На чолі УВЗІМК є директор, якого призначає і звільняє НКОЗ УСРР.

8. Крім директора УВЗІМК, НКОЗ призначає двох заст. директорів УВЗІМК, — одного з них по навчально-методичній частині, а другого в орг. адм. справах, і один з них приступає за наказом директора до виконання обов'язків директора підчас його відсутности.

9. До компетенції директора належить:

а) керувати всією справою заочно-виробничої медичної освіти в УСРР, запроваджуючи до життя відповідні розпорядження НКО УСРР;

б) відповідати перед НКОЗ за діяльність УВЗІМК, його майно і за правильне видаткування грошових сум;

в) складати й подавати на затвердження НКОЗ навстановлені реченці звіти та оперативно-фінансові пляни УВЗІМК;

г) порядкувати кредитами Інституту в межах затвердженого від НКОЗ кошторису УВЗІМК;
д) складати всілякі потрібні для здійснення завдань УВЗІМК правочини, акти й договори видавати довіреності.
е) позивати й відповідати на суді, а також репрезентувати УВЗІМК по всіх адміністративних установах;
ж) приймати й звільняти співробітників УВЗІМК.

Увага. Керівників катедр та педагогічний персонал УВЗІМК приймається й звільняється за окремими правилами НКОЗ УСРР.

10. На чолі відділів УВЗІМК є завідувачі, що їх призначає і звільняє директор УВЗІМК.
11. На завідувачів відділів УВЗІМК покладається:
а) керувати всією роботою відповідного відділу;
б) складати плян роботи відділу та подавати його на затвердження директору інституту;
в) організовувати учбово-методичну роботу відділу та відповідних заочних секторів при стаціонарних медичних учбових закладах, які відає відділ, і контролювати їхню роботу

Навчально-методична робота УВЗІМК

12. Для правильної організації учбового процесу у виробничо-заочних навчальних медичних закладах і для розробки методичних вказівок в складі УВЗІМК організуються катедри відповідних дисциплін, які обслуговують, як правило, декілька інститутів та відділів УВЗІМК кожна.

До складу кожної катедри належать: керівник катедри і відповідний педперсонал.

13. На катедри в межах їхньої компетенції покладається:
а) складати програми з окремих дисциплін, що викладається по виробничо-заочних навчальних медичних закладах УВЗІМК;
б) складати й рецензувати підручники та лекції, що видає УВЗІМК;
в) складати методологічні листи й контрольні завдання;
г) вивчати форми й методи заочного навчання;
д) давати загальні консультації;
е) консультувати зі всіма зав. відділами в питаннях організації навчального процесу по виробничо-заочних навчальних мед. закладах УВЗІМК;
ж) брати участь на конференціях педперсоналу або заочників, на контрольних семінарах, в комісіях для перевірки знань заочників тощо.

14. При УВЗІМК є Центральна Методологічна Комісія в справах виробничо-заочної медичної освіти під головуванням директора УВЗІМК, або його заступника в навчальній частині.

До складу метод. комісії належать: завідувателі відділів УВЗІМК, завідувателі заочних секторів при стаціонарних медично-навчальних установах, завідателі самостійних заочних закладів, завідателі катедр за призначенням директора УВЗІМК, а також спеціяльно запрошені особи.

15. Центральна Метод. Комісія розглядає учбові пляни та програми всіх відділів УВЗІМК, обмірковує й затверджує методологічні питання в справах виробничо-заочної медичної освіти, керує роботою метод. комісій відділів УВЗІМК та заочних секторів при стаціонарних учбових мед. закладах.

Права та пільги УВЗІМК

16. Адміністративний і педагогічний персонал УВЗІМК має ті самі права, що й адм. та пед. персонал стаціонарних шкіл.

17. УВЗІМК надається право безпосередньо зноситися в межах своєї діяльности з усіма установами СРСР, крім ЦВК та РНК СРСР, РПО СРСР, ВУЦВК'у й РНК УСРР, а також УЕН' що з ними УВЗІМК зноситися через НКОЗ УСРР.

18. УВЗІМК має право зноситися з науковими й навчальними закладами інших країн для обміну своїми виданнями.

Ці видання УВЗІМК може одержувати з-закордону порядком обміну без перегляду їх від органів літературного контролю відповідно до переліку, заздалегідь затвердженого від НКО УСРР російською й українською мовами — по одному примірникові, а усіма іншими мовами — найбільш 3 примірники.

19. Відповідно до порядку, встановленого в Митному Кодексі СРСР, УВЗІМК має право безмитно одержувати з-закордону для всіх потреб наукові приладдя, книги й струмент для наукових та учбових потреб.

20. УВЗІМК має печатку зі своєю назвою.

Кошти УВЗІМК

21. Кошти УВЗІМК складаються з:
а) субсидій з державного й місцевого бюджету, а так само субсидій держ., професійних кооператив. та інших організацій;
б) надходження від продажу друкованих видань;
в) внесків учнів - передплатників; що вчаться по заочних секторах УВЗІМК;
г) інших надходжень.

22. УВЗІМК є окрема господарська одиниця з правами юридичної особи. НКОЗ і державна скарбниця за зобов'язання УВЗІМК не відповідає.

23. Кошторис УВЗІМК затверджує НКОЗ УСРР.

24. УВЗІМК повинний подавати до НКОЗ звітність про витрачені кошти у реченці й за формами встановленими від НКОЗ, а також само на загальних підставах — органами фінансової контролі.

Ліквідація УВЗІМК

25. Ліквідація УВЗІМК провадиться за постановою НКОЗ УСРР, що визначає порядок провадження ліквідації.

Після ліквідації УВЗІМК все його майно надходить до НКОЗ УСРР.

II.

Цього статута видається на підставі й на розвиток постанови РНК УСРР з 1-II-31 р. „Про заочне навчання" (Зб. УСРР 1931 р. ч. 2, арт. 30).

ОЗДОРОВЛЕННЯ ПОБУТУ. БОРОТЬБА З ЕПІДЕМІЯМИ.

63. САНІТАРНІ ПРАВИЛА

для транспортування м'яса.

Свіже м'ясо

1. М'ясо, що підлягає транспортуванню так гужом, як і залізницею або водою, треба відповідним чином знекровити та обробити згідно з чинними правилами Ветеринарного Кодексу, термічно охолодити до температури не вище + 10 Ц., або охолодити вглиб 5 — 7 см. до + 6° Ц.

Визрівання охолодженого м'яса з моменту забоя до вантаження мусить бути не більш 18 годин і не менш 6 годин.

3. Перевіз м'яса гужом повинен переводитися на спеціяльно призначеному для цієї мети в транспорті — підводі-автомобілі, який підлягає попередньому санітарному огляду; використовування його для інших потреб, а також для перевозу діжок із солониною суворо забороняється.

3. Підводи, або сан. автомобілі, на яких перевозиться м'ясо, повинні бути оббиті оцинкованим залізом, краї огорожені дошкою та підчас перевозу забезпечені від стоку крови або кров'яних рідин.

4. Підчас перевозу м'ясо треба цілком захистити від забруднення й покрити спеціяльним чистим покривалом-брезентом, який утримується абсолютно чисто та без дірок.

5. Для перевозу м'ясних туш у промислових містах і районах треба улаштувати закриті вантажні автомобілі, що мають з двох боків дверця, вкриті з середини оцинкованим залізом, а також цинкові гачки для підвішування м'ясних туш; перевозячи м'ясо, треба стоки для відводу крови з м'яса та води щільно закривати метальовими корками. Автомобілі повинні мати відтулини для вентиляції. Ці автомобілі забезпечуються потрібними умовами ізотермічного встатковання для дальніх перевозів, скринями для льоду або іншими засобами.

6. Навантажування м'яса на транспортні засоби (підвода, автомобіль, вагон тощо) треба переводити обережно, щоб не забруднити та не травматизувати м'ясо. Особи, які навантажують м'ясо, повинні бути в чистому спецодязі та з чистими руками.

7. Суворо забороняється становитися ногами безпосередньо на м'ясні туші на поверхню підводи або автомобіля, на які навантажується м'ясо.

8. Підчас перевозу м'яса гужом повинна бути спеціяльна особа, яка-б прийняла м'ясо, здала його після приставки на місце та слідкувала підчас перевозу за тим, щоб м'ясо не забруднювалося, за справністю перевозу. На підводах та автомобілі повинно бути спеціяльне місце для візника й особи, що супроводить м'ясо.

9. По прибутті на місце м'ясо повинно бути вивантажено в найкоротший термін — не пізніш $^1/_2$ години, причому треба додержуватися тих самих правил, як і за навантаження (п. 6).

10. М'ясо, яке призначено перевозити залізницею, після прибуття на вокзал, треба в той самий день навантажити безпосередньо у вагон та відправити великою або пасажирською швидкістю.

11. Свіже м'ясо повинно перевозити в ізотермічних вагонах, кармани яких на теплу добу набиваються 20 — 23% мішанкою льоду й соли, а в дорозі в міру того, як тане льод, відповідно поповнюються з льодосховищ таким чином, щоб підчас їзди танення льоду в карманах вагону не перевищувало 50% первісної кількости.

12. М'ясо в вагоні треба розвішати так, щоб не було щільного стиснення, щоб повітря мало вільний доступ до кожної частини туші.

13. Вагони в технічному відношенні повинні бути цілком здатні. Навантаження м'яса до відправки та відвантаження його після прибуття вагона повинні згідно з п. п. 6 та 9 цих правил. У разі потреби перевантажити м'ясо в дорозі, треба перевантаження зробити в найкоротший термін відповідно до п. п. 6 і 9 цих правил. У вагонах не повинно бути будь-якого стороннього запаху, який би шкідливо діяв на якість м'яса.

14. Про всякі дефекти вагона й тари м'яса, що сталися в дорозі, треба відзначити в залізничному акті.

15. Підчас приймання м'яса, що прибуло ззлізницею, або гужем, складається відповідний акт про стан якости м'яса.

16. Перевозити свіже м'ясо водними шляхами дозволяється тільки на мото-парових судах пасажирської швидкости, де відводять спеціяльне встатковане для цього місце.

17. На судні свіже м'ясо треба укладати в чистому місці в рефрижераторі, якщо він є, за температури не нижче за 3° Ц, або іншому закритому місці й захищеному від сонячного проміння та атмосферних опадів і відокремленому від будьякого пахучого вантажу.

18. Перебування свіжого м'яса в дорозі, коли воно перевозилося в ізотермічних умовах холоду, припускається в теплий час року, на підводі або автомобілем не більш, як протягом 3-4 годин.

Заморожене м'ясо.

19, Призначене для перевозу заморожене м'ясо треба запаковувати в чисті рогожі або матерію.

Примітка: За повагонних перевозів мороженого м'яса в зимовий час, обшивати його в рогожі або матерію не обов'язково.

20. Навантаження мороженого м'яса в вагон треба перевести в найкоротший термін, після чого двері вагона зараз же треба зачинити.

21. Заморожене м'ясо повинно транспортуватися в ізотермічних вагонах.

Примітка: На зимовий час за найбільш сталої холодної погоди припускається транспортувати морожене м'ясо в звичайних критих вагонах, ураховуючи географічне розташування станції відрядження та ст. призначення.

22. Вагони повинні бути щодо технічного обладнання цілком придатні, кишені вагонів повинні своєчасно набиватися льодом та сіллю, згідно з п. 12; треба перевірити вентиляцію вагону, а також і стан дверей. В найбільш душний день двері та ляди вагону повинні додатково обиватися з середини ізолювальним матеріялом.

23. Підчас вивантаження визначається ступінь талости мороженого м'яса і залежно від цього, м'ясо вміщується в морозилку для підморожування або на холод для хоронення або на авто-гужовий транспорт для приставки до торгпунктів товаропровідної мережі. В разі великої талости мороженого м'яса — більш 15% загальної кількости, треба таке м'ясо вміщати в морозильниках для доморожения „розділим“, себ-то: звільненим від уиаковки та попереднім бактеріологічним дослідженням на кишково та кишково-паратифозну групу.

Солоне м'ясо

24. Призначену для перевозки солонину треба запакувати в міцні діжки, цілком придатні, без червоточини, які не повинні текти та яких раніше не було вживано з будь-якими пахучими або жировими речовинами (смола, дьоготь, гас і таке інше).

25. Перед упаковкою м'яса треба діжки ретельно вимити й перевірити на міцність та чи не течуть вони.

26. Солоне м'ясо можна перевозити в звичайних вагонах, але окремо від інших вантажів, які можуть впливати на якість м'яса. Літнього часу солоне м'ясо треба перевозити в ізотермічних вагонах, додержуючись п. 11 цих правил.

27. Солоне м'ясо, запаковане в придатній тарі, можна перевозити на звичайних підводах та автомобілях, але цілком чистих та цілком окремо від інших вантажів, покритим брезентами.

28. Всі робітники, що беруть участь у навантаженні, перевозі й вивантаженні м'яса—і свіжого, і консервованого, підлягають щомісячному медоглядові та періодичній перевірці на бацилоносіння.

Примітка: Транспортуючи м'ясо залізницями, треба також пильно додержуватись інструкції Наркомшляхів від 11 липня щодо транспортування м'яса й м'ясопродуктів залізницями.

м, Харків 15 березня 1932 р.

Наркомздоров'я **Саратіков**
Наркомземсправ **Рябоконь**
Укрветупр **Чернявський**

64. Про саннагляд за промисловими спадними водами

До всіх райздоровінспектур, до інспектур охорони здоров'я міськрад та міжрайсанстанцій. До всіх облздоровів.

На додаток до обіжника № 54619 з 22 листопада 1931 р. НКОЗ подає тут детальні вказівки щодо здійснення нагляду за спадними водами підприємств.

У зв'язку з потребами реконструкції й розширення водопостачання промислових районів і районів великих підприємств сільсько-господарчого значення (МТС, радгоспи), вишукання джерел здорового водопостачання та охорони їх набуває особливого значення в добу розгорнутого соціялістичного будівництва.

НКОЗ іще раз пропонує місцевим санітарним органам зосередити свою увагу на догляді того, як спускають і очищують спадні води з тим, щоб добитися реального поліпшення цієї справи в санітарному розумінні.

Переводячи цю роботу, треба керуватися такими вказівками:

1. Скласти реєстр усіх промпідприємств району, що їхня робота пов'язана з відтоком спадних вод і перевести плянове обслідування цих підприємств.

2. Щоб ознайомитися з очисними спорудженнями підприємства, треба огляд перевести вкупі з представниками адміністрації і скласти відповідний акт щодо стану цих споруджень.

В акті треба зазначити:

а) які спадні води підприємств, а також якою кількістю оброблюються на очисних спорудженнях;

б) з яких окремих частин складаються очисні спорудження (жироловних, смололовних, пісколовних, відстійники, біологічні фільтри, поля зрошення, лани фільтрації і т. і.);

в) розміри основних очисних споруджень, — кубатур фільтруючого матеріялу, площа ланів зрошення та фільтрації, а також навантаження стоками одиниці обсягу або площі цих очисних споруджень;

г) стан очисних споруджень, — справність, потреба ремонту;

д) який існує порядок експлоатації очисних споруджень, який персонал їх обслуговує й хто відповідає за належний технічний стан і правильну експлоатацію споруджень;

е) куди випускаються очищені води;

ж) для яких потреб використовується водоймище, куди випускають очищені води.

3. Якість очистки спадних вод треба перевірити лябораторними аналізами.

4. На підставі аналіз спадних вод по цехах і загально-заводського стоку, треба розподілити їх на шкідливі й такі, що їх можна не очищуючи спустити до водоймищ (наприклад: конденсаційні води).

5. Одночасно з вивченням спадних вод, належить вивчити також і технологічні процеси виробництва, зв'язані з відтоком спадних вод, а також з'ясувати, скільки днів протягом року і годин на добу працює підприємство і як впливає на кількість спадних вод і періодичність їхнього спуску.

6. Для з'ясування впливу очищених вод на водоймище, куди їх спускають, — перевести в разі потреби лябораторні аналізи води цього водоймища вище й нижче спуску за течією, з'ясувати погіршення якости води, а також, як діє спуск на рибу й рослини, що у водоймищі.

7. Треба також зафіксувати, як діють стоки на околишню місцевість, а саме: щодо погіршення якости води в питтьових колодязях, підвищення рівня ґрунтових вод і затоплення льохів на селянських садибах, сморід і т. ін.

8. Включити до акту відомості про інші промислові забруднення (мездра шкіряних заводів, фільтро-пресний мул цукроварень тощо), кількість їх, засоби й місця усунення, унешкідження їх та вплив на оточуючу місцевість і пред'явити вимоги про усунення зв'язаних з нами антисанітарних моментів.

9. Виявивши недбайливе ставлення адміністрації до очистки спадних вод і шкідливого спливу вод на оточуючу місцевість, негайно притягти винних до адміністративної (штрафи), або судової відповідальности.

10. На підставі матеріялів по §§ 2, 3, 4, 6, 7, 8, скласти до адміністрації підприємства вимогу усунути всі хиби очистки, визначити термін усунення хиб і покласти відповідальність за виконання на персонально визначених осіб із складу адміністрації підприємства.

Від тих підприємств, де робота має сезоновий характер (цукроварні), категорично вимагати усунення всіх хиб очисних споруджень до моменту, коли підприємства розпочали роботу.

11. У підприємствах, що зовсім не мають очисних споруджень для спадних вод, належить з'ясувати характер шкідливости стоків і в разі потреби, вимагати від адміністрації улаштувати такі спорудження, зазначивши термін, і виділивши відповідальних за виконання осіб.

В разі невиконання вимог на визначений термін — також притягати до відповідальности осіб, винних в невиконанні.

12. До господарчих спадних вод промпідприємств треба вживати таких самих заходів, що про них тут зазначено для промислових стоків.

13. Про всі заходи й питання, що стають підчас догляду спадних вод, обов'язково треба повідомляти Наркомздоров'я, запитуючи в разі потреби консультації.

14. Підчас підбору місць на нове промислове будівництво обов'язково передбачати всі обставини, зв'язані із спуском спадних вод і усуванням їхнього шкідливого діяння.

Додаток: перелік галузей промисловости, що в них є шкідливі в санітарному розумінні спадні води.

Заст. Наркомздоров'я Саратікоз

Керівник сектору оздоровлення залюднених місць і побуту Марзеєв

(Об. розпор. НКОЗ з 28 лютого 1932 року)

Перелік основних галузей промисловости, що зв'язані із шкідливими з санітарного боку спадними водами.

1. Шкіряна промисловість	6. М'ясокомбінати
2. Текстильна „	7. Гуральні
3. Паперова „	8. Броварні
4. Хемічна „	9. Шерстомойки
5. Цукроварні	10. Олійні й молочарні

Керівник комунальної групи Жаботинський

Затверджую
Заст. Наркомздоров'я Саратіков
23/II - 32 р.

Погоджено з Укржитлоспілкою
Голова Управи: Власюк

65. ОБОВ'ЯЗКОВІ ПРАВИЛА

Про участь житлокооперації в підтриманні чистоти та належного санітарного стану вулиць (бруків, пішоходів, зелених насаджень).

1. Відповідальність за чисте втримування й належний стан вулиць покладається на домоуправління житлокоопів, громадян й державні установи і домовласників, до яких ці вулиці прилягають.

2. Щоденно з ранку до початку значного руху людности провадиться загальне прибирання бруку і пішоходів: підметання, вдалення зібраного сміття і поливка (влітку), а зимою вирівнювання снігу і посипка пішоходів піском, щоб запобігти травматизму.

3. Протягом дня встановлюється чергування двірників біля своїх будинків, на обов'язку яких лежить негайно усувати забруднення, що появляються на вулиці.

4. Кожний житлокооп повинен мати всі приладдя, потрібні для нагляду за чистотою вулиць.

5. Забороняється підмітати вулиці і пішоходи без попереднього їх відволоження.

6. На житлокоопи покладається відповідальність за підтримування й розвиток зелених насаджень на вулиці.

7. Біля кожного двору встановлюється урна для прийому покидів; урну треба регулярно очищати.

8. Відповідно до місцевих умов м/ради і РВК встановлюють, видаючи обов'язкові постанови, правила, що певно регулюють порядок і терміни роботи житлокоопу та інших домоуправлінь щодо нагляду за чистотою вулиць.

66. Про розгортання саносвітроботи по житлокоопах і гуртожитках.

До всіх облздороввідділів, РЗІ, МЗІ. До зав. будинків санкультури. До всіх житлоспілок, до всіх МК спілки робітників міських підприємств та хатніх робітниць.

Завдання, які стоять перед органами охорони здоров'я на місцях в світлі рішень XVII партконференції, можна виконати лише за активної участи самих трудящих.

Щоб ліквідувати санітарно - технічну неписьменність серед трудящих мешканців житлокопів, зокрема робітників житлової кооперації та хатніх робітниць, щоб якнайширше ознайомити кербудинків, комендантів, двірників та прибиральниць з важливістю їхньої професійної праці для санітарного добробуту трудящих та боротьби з пошесними хоробами, щоб дати їм практичні санітарні знання, потрібні для правильного та свідомого виконання їхньої повсякденної роботи, щоб підготовити серед трудящих актив для роботи в галузі охорони здоров'я, НКОЗ, Укржитлоспілка та ВУК міських підприємств і хатніх робітниць пропонують усім санпрофілактичним установам, зокрема будинкам санкультури, місцевим житлоспілкам та МК буд. та хатніх робітниць розгорнути широку санкультурну роботу по житлокопах, а саме:

1. Організувати при будинках санкультури (а де їх немає, то при інших медустановах) короткотермінові курси з питань ліквідації санкультурної та санітарно - технічної неписьменности серед робітників житлової кооперації та хатніх робітниць.

2. Утворити при всіх житлокоопах осередки т-ва „Оздоровлення праці та побуту" та керувати їхньою роботою шляхом прикріплення лікарів для постійного санпобутового обслуговування житлокопів.

3. Виділити з активу житлокопів громадських санітарних уповноважених, притягнути їх до практичної роботи та регулярно контролювати їхню роботу.

4. Розгорнути популяризацію та запровадження санітарного мінімуму по окремих об'єктах житлової кооперації.

5. Перевести широку роз'яснювальну роботу про зелені насадження.

6. Провести роз'яснювальну роботу щодо збирання, схову та здачі утильсировини.

7. Провести серед трудящих—мешканців житлокоопів вербовку до заочних курсів санкультури та масового радіо - університету, проводити з ними консультативну роботу при БСК або інших медсанустановах, згідно з директивами НКОЗ, що їх було раніш надіслано на місця.

8. По червоних кутках житлокоопів утворити невеликі вистави з питань охорони здоров'я, бібліотеки популярної саносвітлітератури, провадити лекції, доповіді лікарів на актуальні питання охорони здоров'я та інші види саносвітроботи.

Усю зазначену роботу на місцях треба погодити з т-вом „Оздоровлення праці й побуту" і місцевими комітетами УЧХ.

Народній Комісар охорони здоров'я Канторовіч
Укржитлоспілка: Волков
ВУК спілки міських підприємств і хатніх робітниць Кудрицька

(Об. розп. НКОЗ з 19 березня 1932 р. № 1714—87)

66. Типовий розпорядок шкільної праці та норми навантаження учнів всіма видами навчально-виробничої та громадської роботи.

Постанова Народнього Комісаріяту Освіти та Народнього Комісаріяту Охорони Здоров'я УСРР з 8 березня 1932 р.

1. Навчальний розпорядок.

1. Встановити початок занять у школі для учнів 1 концентру, не раніш $8^1/_2$ г. ранку, а для учнів старшого концентру не раніше 8 г. ранку.

2. Встановити для учнів I, II, III групи занять не більше 32 академ. годин (по 45 хвилин кожна) на декаду, для IV групи — не більше 50 год. на декаду і для VII групи не більше 50 год. на декаду, включаючи сюди всі навчальні заняття за учбовим пляном, а також виробничу працю в робітних кімнатах, шкільних майстернях, на виробництві.

Тривалість перерв між лекціями встановити в 10 хв., а великі перерви в 30 хв.

Велику перерву встановити — у першому концентрі після другої, а в старшому концентрі — після третьої лекції.

Зобов'язати всіх завідателів шкіл, груповодів, піонерватажків, використовувати перерви між лекціями для перебування учнів на свіжому повітрі або на фізвправи на майдані або в залі фізкультури.

Запровадити серед лекцій фізкультурні хвилини за схемою, поданою від Вищої Ради фізкультури.

3. Розклад занять протягом дня й декади складати так, щоб враховані були вікові особливості дітей та щоб чергувалися лекції, що потрібують більшого інтелектуального напруження, з лекціями й заняттями, що потрібують меншого напруження. Останні години кожного дня обов'язково заповняти лекціями або заняттями, що не вимагають великого розумового напруження, останні дні перед спочинком — полегшеними заняттями, порівняльно до перших днів тижня.

Категорично забороняється: здвоювати лекції, касувати або зменшувати перерви між лекціями та концентрація лекцій і занять, що вимагають великого розумового напруження.

4. Завдання, що їх учні повинні опрацьовувати після школи, обмежити до того, щоб діти 1 групи витрачали на них 4 год. н а д е к а д у, 2-ої групи — 5 год; 3-ої — 6 год; 4-ої — 7 год; 5-ої — 9 год.; 6-ої — 10 год; 7-ої — 12 годин з тим, щоб в 1 концентрі на окремий день завдання не перевищували $1^1/_2$ год., а в старшому — $2^1/_2$.

Заборонити давати учням завдання для самостійного опрацювання перед їхнім вихідним днем.

5. Зобов'язати завідателів шкіл забезпечити учнів усіх змін і груп підчас великої перерви гарячими сніданками, мобілізувавши на це сили й кошти кооперації, колгоспів, громадських організацій, батьків тощо.

6. За двозмінних занять у школі всі заняття й праця учнів I, II, III груп мусять відбуватися на першій зміні. В окремих випадках з дозволу місцевого відділу наросвіти їх можна переносити й на другу зміну за обов'язкової умови, що заняття учнів 1 й 2 груп закінчувалися не пізніш 6 год. веч.; 3 та 4 груп не пізніш—7 г.; заняття учнів старшого концентру, що працюють на другій зміні, мусять закінчуватись нн пізніш 8 г. вечора.

Заборонити які б то не було колективні заняття або збори учнів першого концентру після 8 г. веч., а учнів старшого концентру—після 9 г. веч., і в самій школі, і за межами її (клюби тощо).

Заборонити організацію навчання в школах трьома змінами. Учнів 3 змін, що є в окремих школах, розподілити по інших школах, а в разі останні перевантажені, використовувати для груп 3 зміни будинки колективіста, приміщення радянських установ, конфісковані будинки куркулів, а де можна, то й клюби тощо — відповідно до постанови Президії ВУЦВК з 5 вересня 1931 року.

Покласти на завідателів шкіл відповідальність за санітарний стан шкільних приміщень та додержування в школі санмінімуму. На лікарів ОЗДП покласти обов'язок допомагати школі в запровадженні санмінімуму.

Для занять з фізкультури забезпечити потрібне приміщення й надвірні майданчики.

Зобов'язати завідателів шкіл слідкувати, щоб у шкільних роздягальнях встановлений був належний порядок.

II. Громадська робота.

1. Кожний учень на кожний проміжок часу може мати не більше одного виборного навантаження — будьто в школі, чи в піонерорганізації.

Всілякі короткотермінові, епізодичні завдання учневі треба суворо регляментувати: у кожному окремому випадкові ці завдання дозволяється покладати на учня лише за згодою школи й піонерорганізації та після затвердження від завідателя школи.

2. Загальне навантаження учня всіма видами громадської роботи (виконання різних громадських завдань, збори, засідання, піонерзбори) у школі, в піонерзагоні, на підприємстві й громадських установах і організаціях не повинно перевищувати на декаду:

для 1 групи	4 год.
„ II „	5 „
„ III „	6 „
„ IV „	7 „
для I групи V, VI, VII „	8 „

3. На один день можна давати учневі навантаження громадською роботою для 1 й 2 групи не більше, як на 1 годину.

Для 3 та 4 групи не більше як на $1^1/_2$ год.

„ 5, 6, 7 групи „ „ як на 2 год. з тим, щоб загальне навантаження на декаду не перевищувало норми, встановленої в арт. 2 цього розділу.

4. Визнати за доцільне, щоб для кожної окремої групи виділялося певні дні на громадську роботу (орієнтовно — 4 дні з додержанням навантаження, визначеного 3 арт. цього розділу) розклад навантаження, визначення днів для тої або тої групи для громадської роботи, протягом восьми робітних днів на декаду встановлює школа й піонерорганізація, а затверджує завідатель школи.

5. Кількість дитячих зборів, засідань довести до мінімуму з тим, щоб кожному учневі доводилось брати участь не більш, як у двох засіданнях або зборах протягом декади. Кожне окреме засідання може тривати:

Для учнів 1 групи не більше	—30 хвил.
„ „ 2 „ „ „	— 1 год.
„ „ 3, 4 „ „	—$1^1/_2$ год.
„ „ 5, 6, і 7 „	— 2 год.

Дитячі збори й засідання мусять мати характер живих бесід з участю в обговоренні питань всіх присутніх, приступною й цікавою для дітей формою.

6. Щоб раціоналізувати громадське навантаження учнів, потрібно:

а) з різноманітних політично-важливих і потрібних ділянок вибирати для громадської роботи дітей лише ті, що мають навчально-виховну цінність і відповідають віковим можливостям і інтересам дітей;

б) заборонити давати дітям навантаження, шкідливі для здоров'я й правильного розвитку організму, а також роботи, що можуть стати за джерела інфекцій (за вказівками лікаря);

г) максимально скоротити навантаження, що вимагають механічного виконання (розносити газети, записувати до членів гуртків тощо, писати і розносити оповіщення) і що мають незначне виховно — навчальне значення.

III. Побут і дозвілля дітей.

1. Розроблюючи режим дня, брати до уваги:

а) що дитина віком 8—10 років мусить спати 10-11 год. на добу, дитина віком 10—16 років мусить спати не менш 9-10 год. на добу;

б) що дитині треба залишати досить часу (не менш 12 годин на декаду) для гри, спорту, розваг, самостійного читання і т. інш, тоб-то час, вільний від будь-яких обов'язкових навантажень.

На завідателя школи, педагогів, піонерватажків покласти обов'язок допомагати учням використовувати дозвілля та регулювати в погодженні з керівництвом клюбів, стадіонів, кінотеатрів тощо використання дітьми цих закладів.

2. Навантаження дітей роботою вдома (не навчальною) звести до мінімуму, провадячи роз'яснювальну роботу з батьками і розвантажуючи школярів від громадської навантаги в школі та в піонерзагоні залежно від навантаги їх роботою вдома.

Школа мусить провадити боротьбу з перевантаженнями, що є в домашній роботі дітей.

Встановити контроль громадських організацій (дит. соц. інспекція, шкільний комітет, т-во „Друзів Дітей", профорганізації, правління колгоспів, комсомольські організації, піонерорганізація) за цілим навантаженням дітей вдома, розгортаючи боротьбу з перекручуваннями, що є на цей час.

3. В інтернатних установах, що мають виносні або ж внутрішні школи, норми навчального розпорядку, визначені в розділі 1 цієї постанови, а також норми громадського навантаження є обов'язкові.

4. В режимі інтернатних установ, забезпечити так звану „мертву годину" після обіду, а також час на прогулянки на вільному повітрі, гри, спорт, розваги, читання тощо (не менш 4 годин на день) не враховуючи перерв між заняттями; решту часу приділити на самообслуговування дітей та на клюбну роботу.

Заст. Народного Комісара Освіти **Карпеко.**

Народний Комісар Охорони Здоров'я **Канторовіч.**

67. ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ЧАСТИНА

Про забезпечення місць фармпрепаратами для наркозу, та перев'язувальним матеріялом.

До облздоровівділів. до міських і районних інспектур охорони здоров'я.

За відомостями, що надходять до НКОЗ та з тих даних, що їх перевірив на місцях особисто Нарком т. КАНТОРОВІЧ, справа забезпечення місць фармпрепаратами для наркозу подекуди стоїть незадовільно, а це відбивається на регулярній роботі хірургічних відділків лікарень. Проте, досі РЗІ не довели до відому ЦКОЗ жодного випадку такого кепського ставлення до постачання наркозними препаратами та щодо якости препаратів.

Отже НКОЗ пропонує пильно стежити за всією справою забезпечення фармпрепаратами, зокрема наркозними препаратами, перев'язувальними матеріялами тощо, систематично оповіщаючи НКОЗ про випадки незадовільного постачання.

Заст. Наркомздоров'я **Кустеляи**

Керівник Лікпрофгрупи **Аронштам**

(Об. розп. НКОЗ з 4 березня 1932 р. № 2002—2)

III. Із діяльности Наркомздоров'я та його секторів

1. Про епідемічний стан України.

На доповідь тов. Марвеєва колегія НКОЗ констатувала таке:

Протягом останніх років на Україні, як і в цілому Союзі, через успіхи соціялістичного будівництва і зокрема роботою в справі санітарно-епідемічного оздоровлення країни дійшли значного зниження гостро-заразливих захорувань.

Проте, подекуди, на місцях не зважили, як слід, на певні директиви Наркомздоров'я, що скерували пильну увагу місць на дальше запровадження енергійної роботи в боротьбі з епідемічними захоруваннями, і там, де цю роботу послабили, спостережено окремі вибухи епідемічних захорувань.

Починаючи з жовтня м-ця 1931 р., ураховано деяке збільшення захорувальности на висипний теф. За причини такого збільшення порівняльно до недавніх даних, що свідчили про значне зменшення захорувань та доведення їх до мінімальних розмірів, правлять між іншим такі:

а) не цілком ліквідовано вогнища епідемічних захорувань в сільських місцевостях деяких районів України;

б) санітарний стан транспорту незадовільний;

в) в незадовільному санітарному стані перебувають окремі групи людности в розумінні забезпечення їх лазнями, пральнями та дезинфекційними установками.

Поряд цього довелося констатувати, що й самий медичний персонал геть не скрізь спромігся, як належить, стати на чолі запровадження заходів профілактичного та протиепідемічного порядку.

Колегія констатувала також, що на місцях є багато порушень постанови уряду про обов'язкове щеплення проти віспи. Цієї постанови в багатьох місцях не виконано навіть і щодо організованого дитинства (школярі), не говорячи вже про доросле населення. За чималу хибу треба визнати і те, що широкі верстви населення геть недосить притягнено до заходів боротьби з пошесними захоруваннями. Недосить включилися в боротьбу з пошесними захоруваннями також і інші відомства та урядові установи, відділи комунального господарства, господарчі органи, школи, транспортові організації, комітети УЧХ тощо. Бракує також єдиного плянування та координації діяльности радянських республік в справі боротьби з епідемічними захоруваннями.

Колегія визнала водночас, що, не зважаючи на зазначені дефекти в справі боротьби з епідемічними захоруваннями,—провадиться велику роботу, скеровану на боротьбу з епідемічними захоруваннями.

Центральна Надзвичайна Комісія в справах боротьби з епідеміями стала дійсно оперативним штабом боротьби з захоруваннями, встановила безпосередній зв'язок з місцевими надзвичкомами, здійснюючи систематичне керівництво ними. Досить активно працюють міжрайонні санітарні станції та санітарно-бактеріологічні інститути.

Чималу користь і наслідки дають запроваджувані масові заходи, як санітарна обробка цілих колективів, розвиток запобіжних щеплень та посилення кадрів медперсоналу, що безпосередньо провадить боротьбу з епідемічними захоруваннями.

У наслідок проведених протиепідемічних заходів дійшли значних успіхів; зокрема на всіх нових будивництвах майже зовсім не спостерігалося будьяких епідемічних вибухів,—і це виключно через те, що там масові оздоровні заходи набули чималого розвитку.

Колегія Наркомздоров'я схвалила поданий від сектора оздоровлення залюднених місць й побуту плян проведення протягом 1932 року поголовного віспощеплення всього населення України.

Протягом найближчих місяців значно посилюються кадри санітарних робітників, наприклад, із 875 лікарів, що в липні 1932 р. закінчують медінститути, відряджують на санітарну роботу 300 лікарів (вони набудуть іще відповідної підготовки). Взагалі лікарями цього випуску буде заміщено посади санітарних лікарів тих районів, де санлікарів ще немає. По всіх промислових районах і по містах вводяться обов'язкові посади епідеміологів, а для цього протягом 1932 року на тримісячних курсах буде підготовлено не менше, як 100 епідеміологів, причому до перекваліфікації буде притягнуто також лікарів-лікувальників.

Через те, що кількість районових санітарних станцій ще не відповідає вимогам постанови Раднаркому з 22 червня 1931 року,—сектор кадрів НКОЗ організує курси підготовки лябораторних робітників на 150 чол., а Всеукраїнська Аптекоуправа вживає потрібних заходів, щоб забезпечити нові санбаклябораторії відповідним обладнанням, зокрема мікроскопами.

Надзвичайній Комісії в справі боротьби з епідеміями колегія запропонувала всіма засобами домогтися того, щоб до справи боротьби з пошестями ввімкнулися ріжні відомства та громадські організації, а насамперед органи комунального господарства, промисловости та транспорту. Водночас здійснюються потрібні заходи, щоб із міст вилучити всіх безпритульних, що досить часто правлять за чинники розповсюдження пошесних захорувань.

З весни поточного року за постановою колегії провадитимуться великі заходи оздоровного порядку, як місячник чистоти, заходи боротьби з мухами; водночас розгортається протималярійна робота, яку пов'язується із наступними сільсько-господарчими виробничими кампаніями.

Наркомздоров'я УСРР звернувся до наркомздоровів союзних республік із пропозицією скликати нараду наркомів, санепідвідділів та робітників транспортової медицини, щоб на цій нараді вичерпно опрацювати питання боротьби з епідеміями, пов'язати пляни роботи цим напрямком та координувати спільні заходи.

2. Про організацію та оздоровлення праці підлітків та робітничої молоді.

Колегія визнала, що на основі постанови ЦК ВЛКСМ з 4 грудня 1931 року, яка підносить на величезну політичну височінь роботу органів НКОЗ та НКПраці щодо оздоровлення праці й побуту роб. молоді,—треба в системі заходів оздоровлення підлітків і молодняку відбити яскраво нові чинники, що створюють сучасну соціялістичну культури праці та побуту робітничої молоді й підлітків.

Колегія констатувала, що одні тільки оздоровні заходи, які проведено по УСРР останнього року,—охопили (заходами колоній роб. молоді) 10.569 підлітків, або 15%. Поруч цього по 13 районах через регулярний профдобір, організований лінією НКОЗ та НКПраці, проведено 20.354 підлітки.

Все-ж таки ці наслідки колегія визнала за недостатні, бо вони не відповідають потребам теперішнього моменту. На місцях загалом є ще нерозуміння від місцевих організацій НКОЗ нових вимог щодо роботи серед підлітків і робітничої молоді, майже не запроваджуються спеціяльні оздоровні заходи та не виділено окремих штатів, що заходилися б навколо охорони здоров'я підлітків і молоді.

Навіть там, де є спеціяльні лікарі ФЗУ, а обслуговування дійшло значного маштабу щодо охоплення мас робітничих підлітків (наприклад, у Києві),—цієї роботи не перевели на рейки широкої диспансеризації та масового здійснення заходів оздоровлення праці й побуту.

Є ще окремі ненормальності в практиці профдобору та профконсультації. У цій роботі не скрізь є потрібне пов'язування з органами НКПраці.

Отже Колегія схвалила в цій справі ряд важливих заходів (наводимо тут найголовніші):

Усім місцевим органам НКОЗ запропоновано негайно організувати докладне опрацювання постанови ЦК ВЛКСМ про організацію та оздоровлення праці молоді. До опрацювання згаданої постанови запропоновано притягти лікарську організацію, що обслуговує ФЗУ та медсанцехи, представників комсомольських осередків, шкіл ФЗУ, профспілок, органів праці тощо.

Усім міським та районним здоровінспектурам, насамперед тих місць, де розташовані підприємства металюргійної, вугільної, хемічної, машинобудівельної, бавовняної промисловости, а також де провадиться нове промислове будівництво, — запропоновано протягом травня місяця провести масову перевірку умов праці робітничої молоді; поряд перевірки складено завдання розробити конкретні заходи дальшого поліпшення умов праці підлітків. Обслідування та перевірка, що провадитимуться за цією постановою НКО, мусять особливо зачепити справу побутового обслуговування робітничої молоді, особливо ж робітників шкіл ФЗУ.

Міські та районні установи охорони здоров'я повинні за наказом НКОЗ забезпечити оздоровні заходи для молоди належним медико-санітарним обслуговуванням (кадрами та установками), причому першочергово охоплюється молодь, що працює в провідних галузях промисловости. Для організації на потреби молоди спеціяльних установ оздоровного значення, що функціонуватимуть протягом всього року (нічні, туберкульозні, нервові санаторії, одноденні будинки відпочинку тощо), виділяється, крім бюджетових джерел, не менше 15% фонду оздоровлення.

При диспансерах утворюються спеціяльні відділки для підлітків.

Всеукраїнський Інститут ОЗДП та інститут патології й гігієни праці спільно з представниками НКПраці, Наркомату легкої індустрії, Уповноваженого НК важкої промисловости на Україні, КСМ, профспілок тощо — повинні протягом двох місяців переглянути список шкідливих професій, що з них заборонено працювати підліткам в розумінні скорочення цього списку (звичайно, взявши на увагу технічну реконструкцію заводів, що через неї сталися значні зміни в розумінні поліпшення умов праці).

На підставі відомостей і матеріялів, що надходитимуть від місцевих органів охорони здоров'я про випадки травматизму серед молоді, складатимуться конкретні заходи поліпшення техніки безпеки та виробничої освіти серед молоді, що вступає на виробництво.

Наркомздоров'я порушив спільно з ЦК ЛКСМУ та ВУРПС питання перед страхкасами про те, щоб для молоди кількість місць у будинках відпочинку збільшено було з 10 до 15%, а в санаторіях та курортах з 5 до 7%, насамперед для ударників з молодняку. Таке саме питання порушено також щодо організації в Сталіні, Макеївці, на Дніпрельстані та в Червоному Промені будинків відпочинку вихідного дня для підлітків і робітничої молоди.

3. Про медсанобслуговування студентства

Величезне зростання мережі ВИШ'ів, технікумів, робітфаків, в яких навчається на початок 1932 року понад 300.000 студентів, звичайно поставило перед Наркомздоров'ям невідкладну потребу значно розширити медобслуговування студентів. Особливо цього потрібують окремі місця, в яких скупчилася особливо велика кількість студентів (Київ—60.000 ст., Харків—50.000. Дніпропетровське—30.000, Полтава—10.000, Запоріжжя, Сталіне, Луганське по 7.000-7.500 студ. в кожному місті, Херсон — 6.300 та інш.).

До останнього часу медобслуговування студентства здійснювали на місцях загальною мережею лікпрофустанов, дорівнюючи студентів до застрахованих. За невеликої кількости студентів такий метод обслуговування більш менш задовольняв потреби. Тепер же, коли студентські контингенти бурхливо зросли, загальна мережа не встигає обслужити студентів амбулаторно-поліклінічною та ліжковою допомогою. Недосить надається допомоги студентам в розумінні спеціяльних видів допомоги, зубопротезування тощо. Хоча в окремих великих містах, як у Харкові, Дніпропетровському, — існує окрема мережа лікустанов для студентів, все ж таки цього безперечно недосить.

Отже колегія ухвалила здійснити 1932 року ряд заходів, скерованих на розширення меддопомоги студентам (звичайно, зберігаючи чинність попередніх розпоряджень про цілковите дорівнення студентів до застрахованих).

Наводимо тут найголовніші з постанов і заходів щодо збільшення спецмережі для обслуговування студентів.

Для Харкова: Кількість стаціонарних ліжок в лікарні ім. Шатилова збільшується до 150; розгортається диференційована амбуляторія при студгуртожиткові „Гігант"; студентську поліклініку та водолікарню переводиться на двозмінну роботу (із збільшенням лікарського персоналу); утворюється зуботехнічна лябораторія.

Для м. Києва: Із наявної мережі виділюється спеціяльний стаціонар не менше, як на 100 ліжок саме для потреб студентства; так само для обслуговування студентів виділяється одна фізіо-терапевтична установа, розширюється студполіклініка (остання працюватиме на 2 зміни); утворюється зуботехнічна лябораторія, санбюро тощо.

Для м. Дніпропетровського: Розширюється теперішня студполіклініка з переводом її на 2 зміни, утворюється спеціяльний стаціонар, мінімум на 60 ліжок, зуботехнічна лябораторія санбюро тощо.

Для м. Одеси: Організується спеціяльна поліклініка та санбюро для студентів.

Мережа існуючих ясел, що становить тепер в 4 найбільших містах УСРР 350 ліжок, збільшується на 180 ліжок.

Щоб збільшити обслуговування студентів спецвидами допомоги, колегія запропонувала таке:

а) підчас розподілу місць в ріжних інститутах, зокрема в туберкульозних, студентами надаватиметься певна кількість місць.

б) У Київському психо-неврологічеському Ін-ті та в санаторіях в Пущі Водиці придбано для обслуговування студентів 11 наскрізних місць.

в) По районах і містах, де є студенти, для останніх бронюються ліжка (включаючи студентські стаціонари) з розрахунку одне ліжко на 300 студентів.

г) Там, де немає спеціяльної мережі для обслуговування студентів, заводяться по поліклініках та амбулаторіях додаткові години прийому, пристосовані до учбових годин студентства.

д) Встановлюється санітарний нагляд за студентськими гуртожитками, їдальнями через спеціяльних санлікарів скрізь, де кількість студентів перевищує 3.000.

є) Домогтися, щоб для хворих на ТБЦ студентів виділювалося спеціяльні гуртожитки, щоб студентів обслуговували спеціяльні пральні, щоб по лазнях були певні дні для задоволення потреб студентів.

Фінансовий сектор НКОЗ дістав пропозиції виділити на медсанобслуговування студентства потрібні кошти. Ці кошти буде переважно витрачено на утримання та організацію студентських лікпрофустанов в Одесі, Київі, Харкові та Дніпропетровському, себто по містах, де скупчена велика кількість студентства.

4. Про розвиток мережі медсанцехів

Колегія Наркомздоров'я вислухала першої половини лютого поточного року доповідь про розгортання мережі медсанцехів на підприємствах. Доповідь довела, що в цій справі Наркомздоров'я дійшов помітних успіхів: у металюргійній промисловості медсанцехи існують на 7 підприємствах, у метальообробній та машинобудівельній промисловості —на 14 підприємствах, у хемічній промисловості на одному та ще два медсанцехи на підприємствах текстильної промисловости. Отже, на лютий місяць 1932 року маємо разом медсанцехи на 24 підприємствах, причому, 12 медсанцехів мають повний комплекс усіх належних елементів.

Колегія визнала, що організація медсанцехів набагато наблизила меддопомогу безпосередньо до цеху, (ось тепер замість колишніх 24 цехових медпунктів, що існували до організації медсанцехів, є таких медпунктів 63, є 12 фізіолого-гігієнічних ляборaторій, бюро диспансеризації на підприємствах, санітарно-побутові бюра на виробництві тощо). За позитивне явище требаще визнати, що з часу утворення медсанцехів на виробництвах помічається активність від медичної робітничої та господарчої суспільности в розумінні перетворення медпунктів і на інших підприємствах на такі засади, що за ними працюють згадані підприємства, які мають медсанцехи.

Водночас довелося колегії НКОЗ констатувати також окремі дефекти та хиби, що є в роботі медсанцехів (наводимо тут найголовніші).

Організовані медсанцехи недосить включилися в справу боротьби за зниження захорувань, що є за основну роботу медсанцехів. Чимало перешкоджає розгортанню фізіологічно-гігієнічних ляборaторій брак потрібної апаратури та реактивів. Далі, геть не всі медпункти належним темпом заходилися навколо боротьби за санмінімум та чистоту на підприємстві.

Далі єдині диспансери та великі поліклініки, як правило, не віддавали досить уваги справі розгортання медсанцехів та їхній виробничій роботі. Були окремі випадки, коли участь єдиних диспансерів (поліклініки) у роботі медсанцехів не виходила за межі дрібного опікування роботи медсанцехів. Такі прикрі випадки, поперше, знеособлювали керівництво єдиного диспансеру, а подруге, — зменшували ефективність роботи медсанцеху на підприємстві. Одночасно з цим було помічено, що медсанцехів подекуди не вважають за частину єдиного диспансера, а це не дає змогу спрямовувати увагу єдиного диспансеру на обслуговування підприємства, що є одною з найголовніших його функцій.

Колегія відмітила ще, що сталінський інститут патології та гігієни праці досі фактично не зробив майже нічого в справі організації медсанцехів у гірничій промисловості.

На цю доповідь колегія склала ряд пропозицій, скерованих на виправлення помічених недоліків.

1932 року розгортається медсанцехи на всіх підприємствах, що мають від 4.000 робітників і більше, а на хемічних заводах, — починаючи з 2.000 робітників. НКОЗ домагається тепер, щоб надалі інспекція праці повнотою використовувала роботу медсанцехів.

Колегія запропонувала збільшити керівництво найважливішою ланкою роботи медсанцехів, а саме щодо боротьби за зниження захорувань; сектор кадрів має забезпечувати медсанцехи потрібними кадрами першою чергою. Інститут громадських сануповноважених, що не набув іще належного розвитку на підприємствах, ухвалено значно розширити (пересічні норми громадських сануповноважених становитимуть — 1 уповноважений на кожні 250 робітників, що є в цеху). Окремих сануповноважених виділятиметься для нагляду за роботою їдалень, лазень та інших сан.-побутових закладів.

Щоб зміцнити фінансові можливості для існування медсанцехів, колегія встановила за правило, що медсанцех мусить мати окремий кошторис, окремий контокорентний рахунок у банкові з наданням начальникові медсанцеху права порядкувати кредитами та інш.

5. Стан та перспективи розвитку українських курортів на 1932 рік

Протягом 1931 року в роботі української курортової управи та в справі розвитку санкурдопомоги трудящим на Україні досягнено чималих успіхів, а саме:

а) значно розширилася санкурмережа: з 5600 ліжок, що були 1930 р., до 9.695, які функціонували протягом 1931 року; це дає зростання на 45% порівняльно до пляну, затвердженого від РНК УСРР на минулий рік.

б) водночас збільшилася кількість трудящих, що користувалися в державних курортів України, а саме — замість 65.000, що були 1930 року, 90.000 — за 1931 рік. Значних поліпшень досягнено і щодо соціяльного складу хорих (52,9% робітників було 1931 року, замість 40,6% за 1930 рік).

в) За значне досягнення 1931 року, треба визнати те, що цього року функціонувало 2.615 ліжок без будь'якої перерви (1930 року було таких ліжок лише 600).

г) УКУ виконала постанову ЦК КП(б)У з 17 лютого 1931 року про забезпечення санкурдопомогою дітей гірників.

Дальший плян роботи, що його накреслила УКУ та ствердила колегія НКОЗ, містить у собі ряд великих заходів, скерованих на дальше розширення курортів, на утворення більшої диференціяції надання санкурдопомоги та збільшення видів цієї допомоги:

1. 1932 року існуватимуть на курортах України 11.460 ліжок, з яких цілий рік без перерви функціонуватимуть 4.559 ліжок. Ця мережа дасть змогу перепустити через курорти України замість колишніх 90.000 чоловіка не менше 120.000.

2. Цього року розгортається декілька спеціяльних санаторій підвищеного типу з найкваліфікованішим обслуговуванням для робітників провідних галузей промисловости, а також для інженерно-технічного персоналу (останньому надаватиметься 10% усіх курмісць).

3. Згідно з постановою Раднаркому України і Держпляну СРСР велику увагу плян приділяє розвиткові одеських курортів. Розвиток Слов'янського та Бердянського курортів передбачається, як забезпечення лікпрофбази насамперед для робітників Донбасу.

4. Спеціяльну увагу віддається санкурлікуванню дітей, бо ця мережа, хоч і зросла порівняльно до минулого року (2340 замість 1690 ліжок, а для матерей і дітей разом—250 замість колишніх 60), але, звичайно, лишається недостатньою. Отже, кількість ліжок для дітей збільшується до 3.200, причому для дитячих санаторій використовуватимуться нові місцевості та кліматичні лісові станції (село Біляки, Кобиляцького району, Короп на Чернигівщині, Середина Буда. Коростишів, Шепетівка). Колегія вирішила, щоб 50% дитячих ліжок функціонували протягом цілого року. На розширення дитячої санкурмережі фінплян Курупру передбачає понад 1.000.000 карбованців.

5, Ще більшого розвитку набуває цього року курсове лікування; отже, щоб сприяти розвиткові цього виду лікування, перед міськрадами Одеською, Слов'янською та Бердянською поручено питання, щоб курсових хворих було забезпечено на сезон 1932 року потрібним житлом через органи комгоспу.

Далі колегія поставила перед УКУ вимогу провести в життя потрібні заходи до посилення пляново го напрямку в усій роботі і забезпечення наукового впливу в справі розвитку санкурдопомоги (цю роботу запропоновано провести інститутам курортології спільно з інститутом охорони здоров'я окремими лікувальними інститутами тощо).

Окрему увагу приділила колегія справі забезпечення на курортах належного санітарного догляду та схвалила, щоб на курортах існувала окрема санітарна організація [1]). Плян санітарного доброустрою курорту повинен пов'язуватися із генеральними плянами курортів та перспективними плянами кожного курорту окремо.

Експлоатаційний пляну УКУ на 1932 рік (без капіталовкладень) затверджено такими сумами: прибуткова частина — 27.357 тисяч карбованців, а видаткова 25.063 тисячі карбованців. Зиск сумою 2.294 тис. карбов. частково буде використано на утримування науково-курортних інститутів в Харкові й Одесі, на підготовку кадрів для курорту, на справу раціоналізації, стандартизації й винахідництва в курортовій справі, на санкультробототу — разом близько 700 000 карбованців. Решту чистого прибутку призначається на прибуток держави, на фонд поліпшення побуту робітників, на збільшення обігових коштів УКУ, на капіталовкладення тощо.

Розмір капіталовкладень на 1932 рік затверджено сумою понад 8 міл. карбованців, з яких найбільші суми припадають на Одесу — 1.530 тис., карб., Слов'янське — 1485 тис. карб., Миргород — 878 тис. карб., Київ — 1138 тис. карбованців, Соснівка - 740 тис. карб. На організацію нових курортів передбачено вкласти 1.100 тис. карбованців. Вищезазначені суми матимуть за джерела таке: невикористані кредити минулого року та централізовані кредити Цустраху—понад 3.500.000 карбованців, фонд амортизації, відрахування з прибутків, асигнування з державного та місцевого бюджету, кредит Цекомбанку тощо.

Великий розвиток одеських курортів потрібує й собі теж капіталовкладень близько 9 мільйонів карбованців [2]). Цю суму покривається з асигнувань Наркомздоров'я, Цустраху, Одеської міської ради, з асигнувань за загальним пляном капіталовкладень тощо.

[1]) Положення про санітарну організацію на курортах надруковано в Бюлетені № 3—4 поточного року. **Ред.**

[2]) 9 березня РНК СРСР ствердив плян розвитку Одеських курортів на 1932-1933 р.р. на 18500 тис. карб., а на 1932 р. припадає 8.700 тис. карб. **Ред.**

6. Із діяльности Центральної Ради диспансеризації на 1932 р.

На одному з останніх засідань ради затверджено плян роботи на поточний рік. За цим пляном у всій роботі НКОЗ та його місцевих органах робитиметься особливий наголос на питаннях, зв'язаних із переходом медсанмережі на систему єдиного диспансера і в розумінні значного розширення самої мережі, і щодо якісного поліпшення роботи єдиних диспансерів, що вже існують.

За найважливішу частину єдиного диспансера є медсанцех на виробництві, і для розвинення останніх вживається всіх потрібних заходів, а перед медсанцехами поставлено завдання охопити всі елементи і лікувальної і санітарно-профілактичної роботи. Поряд цього за постановою ради медсанцех повинен втілитися не тільки у виробництво, але також і в побут.

Через те, що перед Наркомздоров'ям поставлено завдання здійснити єдине плянування та контролю всіх оздоровних заходів, незалежно від того які саме організації та відомства їх запроваджують, рада висловилася за те, щоб було організовано мережу вузлових пунктів самого НКОЗ, обл. здороввідділів, РЗІ та МЗІ. До цих узлових пунктів належать єдині диспансери, міжрайонні установи тощо, і наскоро розвинення їхньої роботи розвиватимуться найближчі й найголовніші заходи.

7. Про забезпечення медсанустанов хірургічним інструментарієм, хеміко-фармацевтичними препаратами та іншими речами обладнання

Доповідь, що її вислухала колегія НКОЗ в цій справі, довело що фонди хірургічного інструментарія, які дістає Україна, не забезпечують потреб лікустанов, а трест „Точмаш“ за станом своїх промислових підприємств не може повнотою забезпечити потреби медико-санітарної мережі України в хірургічному інструментарії. Ось, наприклад, цей трест взяв до виконання заявку НКОЗ лише на 2.500.000 крб., тоді як Наркомат дав замовлення на 4.000.000 крб. Одночасно відмічено, що дезапаратуру Мармашзавод має забезпечити 1932 року лише на 40% виявлених потреб.

Доповідь довела ще, що в умовах нестачі шкляного посуду медсанустановам України треба більше емальованого посуду, а в тім Київський завод залишає на Україні таку кількість продукції, що лише на 30% задовольняє заявку від НКОЗ.

Отже Наркомздоров'я звернувся до відповідних госпорганів із клопотанням забезпечити промпідприємства тресту Точмаш такими капіталовкладаннями (сумою понад 850.000 крб.), що дали б змогу цим заводам реалізувати умову, складену з ВАУ.

НКОЗ звернув увагу Наркомата легкої промисловости на недоброякісність продукції, що виробляють промпідприємства треста Точмаш. Водночас НКОЗ зняв питання про розширення номенклятури хірургічних інструментів, що їх бере до виготовлення згаданий трест Якщо деякі приладдя неможна виготовити на його промпідприємствах, то щоб це виготовлення було передано іншим заводам.

Колегія звернулася до Вукопромспілки із пропозицією збільшити виробництво лазневопральних установок за замовленням ВАУ до 2000 штук на рік.

Щоб забезпечити виконання на заводах замовлень НКОЗ, Колегія зняла клопотання про збільшення матеріяльних ресурсів цих заводів на таку суму, що забезпечили б виконання замовлень Наркомздоров'я.

8. Про Всеукраїнський конкурс на кращу лікпрофустанову

Визнаючи за надзвичайно потрібне якнайширше виявити, якою мірою установи охорони здоров'я перебудували свою роботу відповідно до завдань, що їх поклали на здоровоохорону партія та уряд, а насамперед виявити — як застосовуються в роботі установ вказівки т. Сталіна та постанови директивних органів з 1929, 1930 та 1931 року; визнаючи за потрібне поставити роботу органів охорони здоров'я на суспільний огляд; маючи також на меті, ще далі стимулювати застосування соціялістичних темпів і метод роботи установ охорони здоров'я — Колегія НКОЗ ухвалила оголосити найближчим часом всеукраїнський конкурс на кращу лікувально-профілактичну установу.

Складено Центральну конкурсну комісію під головуванням заступника Наркомздоров'я тов. К у с т е л я н, У складі комісії є представники секторів НКОЗ: організаційного, медико-профілактичного, кадрів, від ВУК'у спілки Медсантруд, Всеукраїнського Інституту Охорони Здоров'я, ЦК ЛКСМУ та партійного осередку НКОЗ. На проведення конкурсу Наркомздоров'я виділив близько 40.000 крб. Встановлено премії на суму 36.000 крб., а саме: пунктам першої допомоги на підприємствах 5 премій (для їхнього персоналу — 10 премій); для міських лікарень — 5 премій (для персоналу — 10 премій), для сільських амбуляторій — 8 премій (для персоналу — 16 премій), для районових лікарень — 5 премій (для персоналу 15 премій), для поліклінік — 5 премій (для персоналу 15 премій), для міських консультацій 3 премії (для персоналу 6 премій) для районових консультацій 3 премії (для персоналу 6 премій). Крім того 5 премій буде видано райздоровінспекторам тих районів, що на їхньому терені буде найбільше зразкових лікпрофустанов. До складу першої премії для всіх установ входить червоний прапор від НКОЗ. Докладні інформації та публікації про конкурс буде розіслано всім районам та оголошено в газетах.

9. Про двотижневик боротьби за зниження захорувань на очі, вухо, горло і ніс.

Колегія НКОЗ визнала, що боротьба з очними захоруваннями, а також хоробами вуха, горла і носа, широка профілактика цих захорувань серед населення, особливо щодо очного

травматизму на виробництві, боротьба з етіологічними чинниками, що спричинюють сліпоту та глухоту, а також справа втягування сліпих, глухих і глухонімих до виробництва — не набули ще належного розвитку в Республіці та не зосередили на собі належної уваги широких кіл пролетарської та радянської суспільности. Отже колегія ухвалила провести на початку травня ц. р. двотижневик боротьби із згаданими захоруваннями та розширення профілактичних заходів в цій галузі.

Протягом двотижневника Наркомздоров'я та його інститути провадитимуть доповіді по районах, на підприємствах, по гуртожитках, клюбах, у військових частинах тощо; організуються наукові експедиції інститутів офтальмологічного та ото-рино-ляринголо́гічного у сільські райони; за участю тих самих інститутів провадитимуться лікарські та наукові конференції по великих містах, на заводах, де спостерігається очний травматизм тощо.

Протягом двотижневника передбачено провести масовий медогляд школярів та організованого дитинства, щоб виявити стан очей, вуха горла і носа у дітей. Передбачено також організувати нові очні пункти, пересувні протитрахоматозні загони; поповнити господарчим та медичним майном існуючі вже очні та вущні стаціонари.

Прагнучи збільшити кадри фахівців, Колегія накреслила організувати курси підвищення кваліфікації лікарів з очного та ото-ляринголо́гічного фаху, курси для середнього медперсоналу в питаннях боротьби з трахомою та інш.

10. Відзначено 60-річчя зі дня народження та 35-річчя революційної роботи тов. М. О. Скрипника.

На відзначення ювілею тов. Скрипника М. О., якому минуло недавно 60 років зі дня народження та 35 років революційно-партійної роботи, щоб відзначити великі заслуги тов. Скрипника, під керівництвом якого певний час перебувала мережа медичних навчальних закладів, Колегія привласнила ім'я М. О. Скрипника Харківському медично-педологічному інституту, Харківському медінституту та Київському інституту удосконалення лікарів.

Для студентів медвишів колегія установила 15 стипендій імени тов. Скрипника.

11. Успішна робота інститута ендокринології та органотерапії.

Всеукраїнський Інститут ендокринології й органотерапії, як це відзначила колегія Наркомздоров'я дійшов протягом останнього руку великих успіхів' виконавши річний плян на 1 міс. 24 дні раніше, ніж це було передбачено за пляном.

Разом інститут виробив 1931 року 2.300 тисяч одиниць препаратів, збільшивши виробництво порівняльно до попереднього року на 241,2%. Боротьба за втілення в інституті настановлень тов. Сталіна дала чималі позитивні наслідки, як зменшення собівартости на 6,2% та підвищення продуктивности праці на 20%.

Широкому розгорненню виробничої діяльности інституту набагато допомогло застосування соціялістичних метод роботи, а механізація виробництва, застосування прогресивно-преміяльної системи оплати, боротьба за якість продукції підготовили ґрунт для утворення потужної органотерапевтичної індустрії на Україні.

Колегія відзначила ще, що інститут багато зробив у галузі дальшого визволення радянського Союзу від завозу імпортних препаратів (інсулін, фолікулін, гематоген тощо), налагодив випуск власного ергостерину, який досі довозили з закордону.

Розгорнення ж поряд виробничої діяльности ще науково-дослідної роботи в галузі експериментальної та клінічної ендокринології, організація власного стаціонару, поліклініки диспансерів для діябетиків і базедовиків, кабінетів газообміну, вивчення патології ендокринних захорувань та інш. — оце все поставило Всеукр. Інститут Ендокринології та органотерапії на одно з перших місць у цій галузі в СРСР.

Інститут має ще такі досягнення:

а) З його ініціятиви організовано роботу зоотехнічної ендокринології, розгортається робота щодо вивчення того, як впливає ряд органо-препаратів на ріст, м'ясистість, молочність та плодючість худоби.

б) Інститут являє собою здорову господарчу організацію, що живе на цілковитомі госпрозрахункові, збільшивши за 5 років свого існування свої власні капітали з 173094 до 1.525.000 карб.

в) Інститут є єдиний в системі НКОЗ, що експортує свої препарати до Німеччини, Монголії та сировину до Франції.

г) Інститут домігся вже скласти плян своєї наукової роботи та виробничої діяльности на другу п'ятирічку.

Відзначивши такі великі успіхи, колегія ухвалила й далі дати інститутові сприятливі можливості збільшувати свою продукцію та науково-дослідчу діяльність: Закінчити вже 1932 року будівництво наукового корпусу ін-та, для чого сектор медсанбудівництва дістав пропозиції надати інститутові потрібні для закінчення будування матеріяли.

На дальшу механізацію процесів виробничої роботи колегія затвердила в кошторисі 1932 року 168000 карб. Фармгрупа має забезпечити для інститута протягом 1932 р. не менше 10 кварцових лямп, потрібних на виготовлення радянського вігантолю.

Колектив і трикутник дістали привітання від Наркомздоров'я, а для преміювання кращих ударників за постановою колегії виділено 3000 карб.

Директора ін-ту тов. Шіндлера М. С. нагороджено грамотою від НКОЗ та науковим відрядженням на два міс.

Директора науково-дослідчого сектора ін-ту академіка В. Я. Даніловського нагороджено грамотою від НКОЗ та премією в 1000 карб.

Директора клінічного сектора інституту проф. Когана-Ясного В. М. нагороджено грамотою від НКОЗ.

12. Відзначено гарну роботу фабрик наочних сан.-освітніх прилядь.

У грудні 1931 роботу та лютому 1932 р. Колегія заслухала доповіді-рапорти про роботу фабрик наочних прилядь для сан.-освіт роботи, що належать Українському Державному ін-ту охорони здоров'я. Доповіді про діяльність обох фабрик довели, що останні спромоглися дійти значних успіхів і набагато розвинули своє виробництво. Наводимо тут коротенько дещо з доповідей:

а) Харківська фабрика. 1930 року ф-ка являла собою невелику майстерню з 39 робітниками та промфінпляном на 80.000 крб.

Оця майстерня 1931 року перетворилася на фабрику наочних прилядь із пляном на 462.000 крб. та 98 робітниками.

На наступний рік робітники фабрики висунули зустрічний промфінплян на 1.100.000 кар

б) Київська фабрика. Ця фабрика і собі теж перевищила данний їй плян, дійшовши таких поступових успіхів: 1928 р. — 1200 крб., 1929 р. — 39.000 крб., 1930 р. — 138.000 крб., а 1931 року (перешовши до відання УДІОЗ'у) — 305 000 крб.

Завдання на 1932 рік складено на 1.200.000 крб.

Колегія Наркомздоров'я відзначивши успіхи обох фабрик висловила подяку колективам фабрик, нагородила фабрики червоними пропорами.

За енергійну працю кращих ударників нагороджено подарунками на загальну суму 3.000 крб.

Директорів фабрик т. т. Бродського А. Д. та Кельберіна І. А. преміювано двомісячною зарплатою.

13. Виробляємо електромагнети в РСРС. Не залежатимемо від імпорту із закордону.

(Із розпорядження Наркома охорони здоров'я т. Канторовіча)

Колективу робітників Українського Державного офтальмологічного інституту ім. проф. Гіршмана довелося з успіхом розв'язати завдання великої ваги, над яким інститут працював довгий час — щодо випуску електромагнетів свого радянського виробництва для вилучення чужорідних тіл із ока.

Наукова конференція робітників офтальмологічного інституту в свойому рапорті на ім'я Наркомздоров'я зазначає, що магнети якістю не гірше закордонних, дуже вручні для вживання й коштують дешевше, ніж аналогічні закордонного типу магнети,

До цього часу Радянський Союз користував виключно з імпортного магнетного устаткования. На Україні магнетна допомога надавалася лише в 4 — 5 великих пунктах.

Конструкція магнетів свого радянського типу дає змогу вже протягом першого півріччя 1932 року випустити для УСРР 400 — 500 екземплярів магнетів і тим самим задовольнити потребу всіх великих індустріяльних центрів УСРР в потрібній кількості мягнетів.

Привітаючи колектив і трикутник Укр. Держ. офтальмологічного інституту з досягненнями, які мають виняткове значення в справі визволення Радянського Союзу від імпорту медичного устаткування — пропоную:

1. Директору Укр. Держ. офтальмологічного інституту т. Рабкіну разом з ВЕО скласти плян виробництва електромагнетів на 1932 р. та подати мені його на затвердження.
2. Сектору науки повідомити РПО про змогу негайно вприпинити імпорт електрмагнетів із закордону та про потребу розширити виробництво їх в нашому Союзі, щоб задоволити потреби органів здоровоохорони РСФРР, УСРР та інших республік.
3. Директору офтальмологічного і-ту т. Рабкіну негайно широко опублікувати в медичній пресі про виробництво електромагнетів радянської конструкції.
4. Сектору науки та сектору раціоналізації, стандартизації та винахідництва доручено скласти проект преміювання робітників Київської філії ВЕО та інституту, що брали участь у здійсненні виробництва електромагнетів.

14. Із діяльности Надзвичайної Комісії в справах боротьби з пошестями

Кінець 1931 року позначився деяким збільшенням епідемічних захорувань по окремих місцевостях УСРР. Окремі вибухи захорувань на висипний тиф сталися між іншим і в промислових районах, де, як виявили численні обслідування, місцеві адмінооргани та господарчі організації, неуважно ставилися до законних вимог здоровохорончих установ щодо запровадження широких оздоровних заходів.

Обслідування, що провели бриґади та робітники НКОЗ, виявили велику забрудненість багатьох міст і селищ, зокрема й в Донбасі. Проведені за ініціятивою надзвичкому при НКОЗ УСРР місячники чистоти чимало сприяли очищенню залюднених місцевостей, але нажаль не вийшли за межі кампанійної роботи, яка після скінчення терміну кампанії вщухала, а в неполадках санітарного чину траплялися рецидиви.

Чимала провина лежить тут і на місцевих надзвичайних комісіях, що геть не скрізь і не відразу перемикнулися на енергійну вперту ліквідацію вогнищ інфекційних захорувань та на

попередження вибухів захорувань надалі. Негаразд стоїть робота місцевих колгоспів, особливо госпорганізацій, що й собі не скрізь і неповнотою виконують покладені на них законом 20 березня 1929 року зобов'язання брати матеріяльну участь у боротьби з пошесними захоруваннями.

Робота Центральної Надзвичайної комісії проходить увесь час дуже інтенсивно і щодо інструктивно-організаційної, і щодо безпосереднього живого керівництва. Протягом часу з жовтня 1931 р. по лютий 1932 р. за пропозиціями Надзвичкому для підсилення місць кваліфікованим медперсоналом та запровадження застережних профілактичних заходів (прищепок, дезінфекцій, масових очисток тощо) до ряду районів було відряджено посилені кадри медробітників, організованих у бриґади. Таких бриґад було відряджено 50. Разом із тим Донбас дістав понад 200 лікарів ріжних фахів, що й собі теж чимало сприяли підвищенню темпів та якости протиепідемічної роботи.

Надзвичайна комісія обізнавалася зі станом санепідроботи на місцях не тільки через обслідування та перевірку бриґадами, але також викликаючи представників місць.

Такі виклики, поряд бриґадних обслідувань і співдоповідей обслідувачів від НКОЗ, давали змогу не тільки складати повну уяву про санітарний стан того або того району, але також тут же давати райздоровінспектору вичерпні докладні інструкції, постачивши йому найпотрібніші дезприладдя та засоби. Таких доповідей Надзвичайна комісія заслухала понад 40, охопивши постановкою таких доповідей з місць, де були загрози збільшення пошесних захорувань.

У наслідок досить енерґійних, а головно швидких заходів ліквідовано на місцях ряд вогнищ висипного тифу, черевонго тифу тощо. Ця ліквідація набула такого рішучого характеру, найзагрозливіших містах протягом декількох тижнів не спостережено жодного захорування. Треба водночас відмітити, що на допомогу заходам НКОЗ на місцях стали партійні радянські та громадські установи й організації.

На весну й літо поточного року надзвичайна комісія накреслила провести велику роботу суто запобіжного характеру — це щодо профілактичних прищепок.

За пляном цього року буде зроблено таких прищепок проти черевного тифу понад 2.000.000 чол., в тому числі в Донбасі и на нових будівництвах близько 1.000.000 чол.

Останні обслідування довели, що на місцях недосить дбайливо ставляться до такої важливої справи, як щеплення проти віспи. Спостережено, що ряд районів мають багато нещепленого населення, навіть серед организованого дитинства, молоді, тощо. Таке ставлення править за особливу провину місцевих органів влади і насамперед, органів охорони здоров'я. Отже тепер Наркомздоров'я розпочав грандіозну роботу щеплення противіспи більшій частині людности УСРР. Для запровадження цієї великої роботи НКОЗ притягнув силу медробітників, студенство, громадськість лінією УЧХ тощо. Особливістю цієї кампанії буде забезпечення систематичного контроля та перевірки дійности зроблених прищепок. Така перевірка дасть змогу ліквідувати знеосібку в цьому ділі, давши водночас Наркомздоров'ю змогу мати цілком обґрунтовані цифри проведеної роботи.

Рада народніх комісарів УСРР, до відому якої Наркомздоров'я подав плян та проект своєї роботи, схвалила передбачувані заходи.

15. Про забезпечення госпоб'єднань, проектних і будівельних організацій санітарною компетенцією.

Щоб сприяти безперебійному виконанню директивних настановлень партії та уряду щодо оздоровлення залюднених місць, щоб поліпшити санітарно-побутові умови робітництва, санстан громадського харчування та здійснити санітарно-гігієнічні норми підчас складання проектів житлового будівництва й санітарно-технічних споруджень, Колегія Наркомздоров'я ухвалила забезпечити відповідні госпоргани та проектно-будівельні организації санітарною компентенцією. Цю роботу фактично вже розпочато, і частина трестів має вже в своїх штатах санітарних лікарів. Отже тепер НКОЗ дбає про те, щоб такі посади було встановлено та заміщено в усіх вищезгаданих органах та установах.

Сектор кадрів НКОЗ дістав розпорядження виділити десять санлікарів для заміщення таких посад по госпоб'єднаннях та проектно-будівельних організаціях.

IV. Об'яви та оголошення

1. КОНКУРСИ.

Сталінський медінститут оголошує конкурс на заміщення посад на такі катедри:

1. Фізкультура . 1 доцент
2. Норм. анатомія 1 асистент
3. Віохемія . 2 асистенти
4. Мікробіологія 2 асистенти
5. Патолог. анатомія 1 зав. катедри, 1 асистент.
6. „ фізіологія 2 асистенти
7. Фармакологія 1 зав. катедри, 1 асистент
8. Загальна гігієна 1 „ „ 2 „
9. Соціяльна ґігієна 1 „ „ 1 „
10. Терапевтична клініка 1 „ „ 3 „
11. Хірургічна клініка 1 „ „ 3 „

На конкурсну комісію треба подавати такі документи: короткий життєопис, список наукових праць, характеристики від організацій.

Термін подачі заяв з вищезазначеними документами 1 травня 1932 року.
Заяви подавати на адресу: м. Сталіно. Донбас вул. Артема 57, Медінституту.

2. Про вільні посади медсанробітників на курортах У.С.Р.Р.

Українська Курортова Управа приймає заяви на заміщення вільних посад для лікарів: завідателів відділків, ординаторів, консультантів, а також середнього медперсоналу на літній сезон 1932 року на таких курортах: Слов'янському, Миргороді, Голій-Пристані Скадовському, Кирилівці, Гадячі, Соснівці, Пущі-Водиці, біля Києва, Чернігові, Шепетівці.

Ставки зарплати встановлено залежно від кваліфікації.

Звертатися до Укрурупру — Харків, майдан Рози Люксембург № 6.

УКРАЇНСЬКА ДЕРЖАВНА МЕДИЧНА БІБЛІОТЕКА
та
ЦЕНТРАЛЬНА НАУКОВО-КНИЖКОВА БАЗА
(Пошто-абонементу) НКОЗ та ВУК МСТРУД

Харків, Пушкинська 14.

а також Державні Медичні Бібліотеки з їхніми відділами периферії в:

Києві, вул. Короленка 45. Одесі вул. Самуєлі. 4. Дніпропетровському просп. К. Маркса 101. Сталіному 1-а лінія 57.

ПОСТАЧАЮТЬ відповідно до районів своєї діяльности, усіх медробітників УССР (лікарів, лікпомів, фармацевтів, сестер, заочників) літературою з усіх галузів охорони здоров'я.

ВІДКРИВАЮТЬ колективні абонементи всім медустановам належних до них районів лікарням, поліклінікам, райздравам, опорним пунктам наукових інститутів, філіям інститутів удосконалення, а також асоціяціям лікарів і колективам заочників.

СКЛАДАЮТЬ на вимоги індивідуальних і колективних абонентів списки й картотеки літератури всіма мовами з будь-якого питання медицини.

Щоб бути читачем б-ки
- **місцевим — досить** подати заповнене своєю установою зобов'язання встановленого від НКОЗ зразку
- **периферійним — досить** надіслати завірену медустановою або профорганами анкету, де зазначити: 1. Прізвище, ім'я та по батькові. 2. № профквитка, 3 Посаду, 4. Адресу установи й куди надсилати книги

Щоб одержати колективний абонемент
- **місцевий — досить** надіслати офіційного листа від установи до Бібліотеки, де зазначити кількість робітників установи і прізвище уповноваженого.
- **периферійний — досить** надіслати листа від установи або протокола зборів колективу медробітників, завіреного профорганом з переліком читачів за фахом, зазначивши прізвище й посади вповноваженого.

Постачання літератури безплатне. Кожна книга приступна кожному на місці роботи.

1932 року ЖОДНОГО МЕДРОБІТНИКА, ЖОДНОЇ МЕДУСТАНОВИ ПОЗА АБОНЕМЕНТОМ.

3. Медробітники — злочинці.

1. Лікпом **Соломко**, відряджений 1931 року до радгоспу „Комуніст" (Лозівського району), зробив там розтрату на 300 карбованців. Після того, як його було звільнено із приміщення міліції, цей лікпом украв зимовий спецодяг та невідомо куди зник.

2. Лікпом К. **Грабар**, що працювала протягом півроку епідлікпомом в Лозовій, свавільно залишила посаду. Народній суд дав присуд — 6 місяців примусової праці за залишення протиепідемічної роботи.

Редколегія: **Канторовіч С. І.** (Відповід. редактор), **Єфімов О. О.** (заступник редактора), **Залкінд А. Л.** (відповід. секретар).

ДВОУ УПП. 7 Друк. ім. Фрунзе. Харків, Дон.-Захарж., 6. Укрголовліт 1890. Зам. 440. Прим. 6.500.

ПРОЛЕТАРІ ВСІХ КРАЇН, ЄДНАЙТЕСЯ!

БЮЛЕТЕНЬ

НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

РІК ВИДАННЯ 8-й

Редакція: Наркомздоров'я УСРР, Харків, Буд. Держпромисловости 6-й під'їзд, 4 поверх

№ 7-8	КВІТЕНЬ 1932 року	№ 7-8

ОГЛАВ

I. ЛИСТИ НАРКОМЗДОРОВ'Я ДО МЕДСАНРОБІТНИКІВ УКРАЇНИ

1. Завдання облздороввідділів на першому етапі їхнього існування.
2. З практики підготовки РЗІ в справі медобслуговування весняної с.-г. виробничої кампанії 1932 року.

II. Офіційна частина.

Організаційна частина. 68. Про платну медичну допомогу (додано інструкцію про платність в лікпрофустановах НКОЗ, взірцеву таксу платної допомоги в лікпрофустановах, інструкцію про платність в установах материнства й дитинства, інструкцію про платність за аборти). 69. Про відповідальність за середуразові впорскування йоду не в належних умовах. **Кадри.** 70. Про порядок сполучення служби медсанробітників. 71. Про умови праці медперсоналу на підземних пунктах першої допомоги. 72. Про оплату лікарів—психофізіологів медсанцехів. **Оздоровлення побуту. Протиепідемічні заходи.** 73. Про термінові заходи в комунальному господарстві на попередження розвитку черевного тифу. 74. Про боротьбу з мухами (додано плян). 75. Про унешкодження нечистот (додано інструкцію до організації асенізаційних ланів) 76. Про дальший порядок виготовлення бактерійних препаратів. 77. Устава про державні міжрайонні санітарні станції. 78. Про обласні комітети „Т-ва оздоровлення праці й побуту". **Охматдит.** 79. Про місячник літніх оздоровних заходів серед дітей і підлітків (постанова секретаріяту ВУЦВК'у. 80. Інструкція, як боротись з літніми шлунково-кишковими захоруваннями серед дітей. 81. Про нові форми роботи консультації охматдиту. 82. Про відбір дітей до курортів і санаторіїв. 83. Про медобслуговування дитячих сезонних ясел у соцсекторі села. 84. Про масові оздоровні та лікарсько-педологічні заходи в школах і дошкільних установах. 85. Правила прийому та перебування дітей, хорих на сифіліс та гонорею в дитустановах відкритого й закритого типу. **Лікувально-профілактична частина.** .68Про місцеві договори на медобслуговування робітників МТС (додано текст умови між НКОЗ та Укртрактороцентром). **Наукова робота.** 87. Про зміни в розподілі між інститутами НКОЗ наукового обслуговування периферії в зв'язку з обласним районуванням.

III. ІЗ ДІЯЛЬНОСТИ НАРКОМЗДОРОВ'Я ТА ЙОГО СЕКТОРІВ.

1. Бюджет НКОЗ на 1932 рік. 2. Із наслідків масової фінревізії установ НКОЗ. 3. Перші кроки роботи надзвичсангрупи при НКОЗ. 4. Про другу п'ятирічку здоровоохорони на Україні 5. Про перевірку виконання єдиного пляну охорони здоров'я 1932 року. 6. Догана за марнотратство статматеріялів.

Про сприяння від колгоспів справі медсандопомоги.
(Відозва НКОЗ та УКЦентру).

IV. ОБ'ЯВИ ТА ПОВІДОМЛЕННЯ.

1. Про передплату журнала „Проблема харчування". 2. Конкурс.

Виправлення друкарської помилки.

У бюлетені № 3-4 на стор. 69, рядок 22 знизу („Про виселення сторонніх осіб з приміщень медустанов") після слова „можна" пропущено слово „не".

Отже треба читати так: „...з 1 квітня до 1 листопаду кожного календарного року виселяти адміністративним порядком можна, не надаючи виселюваним іншого приміщення".

Редакція.

I. Листи Наркомздоров'я до медсанробітників України.

Завдання облздороввідділів на першому етапі їхнього існування.

Всеукраїнська нарада охорони здоров'я, що відбулася 8—10 квітня поточного року, віддала чималу увагу питанням організації та діяльности щойно утворених обласних відділів охорони здоров'я. Загальні підсумки перших часів існування цих відділів по окремих областях неоднакові: зокрема,—Харківський, Київський та Одеський відділи, на місці знайшли належну базу для свого оформлення та вкомплектування (до того ж Харківський відділ дістав чималої підтримки від НКОЗ щодо свого вкомплектування), а організація решти відділів (Дніпрянського та Вінницького) значно загаялася і. очевидно, може закінчитися лише за певної допомоги від НКОЗ (головне — в справі підбору повного складу керівників і фахівців для обласного апарату).

Щож до переходу від організації самих апаратів до практичного керівництва підпорядкованими районами, то в цій галузі протягом минулого часу робота обласних відділів полягала переважно в ознайомленні з своєю периферією, і робота не набула ще характеру систематичного обслуговування всіх потреб периферії та всебічного впливу на діяльність місцевих органів охорони здоров'я.

За одну з передумов повнотою використати всі переваги переходу на обласну систему управління править уміння передати всі справи безпосереднього управління районами від центральних органів областям у такий спосіб, щоб це на жодний день на призвело до порушення нормального перебігу роботи органів охорони здоров'я, не спричинило будьяких перебоїв у централізованому постачанні медустанов і не відбилося на фінансуванні медсанспрaви, на обліку та розподілі медичних кадрів, на здійсненні санітарно-статистичної роботи тощо.

Отже, якщо завданням першого кварталу поточного року було організаційно оформити обласні апарати, то другий квартал є вирішальний, щоб оперативно зміцнити обласні відділи охорони здоров'я й правильно розмежувати їхню роботу з діяльністю самого наркомату. Протягом другого кварталу ми не зможемо ще цілком припинити безпосередній зв'язок НКОЗ з районами, що тепер ввійшли до складу областей; проте, ми повинні водночас домагатися того, щоб до кінця цього кварталу обласні органи повнотою опанували всі функції, що їм належать.

Виходячи з цього, взаємини трьох ступенів управління по окремих галузях охорони здоров'я (центр, область, район) на найближчі місяці можна накреслити ось в якому вигляді: протягом квітня-травня доведеться припинити листування районів і міст з наркоматом в оперативних питаннях поточної роботи (за винятком справи постачання, статистики і принципових питань протиепідемічної роботи).

Розпорядження й матеріяли НКОЗ, як правило, надсилатимуться облздоровві́ддiлам, і лише за невідкладних випадків, або за таких, коли розпорядження має загально-республіканський характер і не потрібує пристосування до місцевих умов,— оці матеріяли деякий час ще прямуватимуть до районів, обов'язково з копією до відповідних облвідділів.

У справах централізованого постачання, оскільки обласні апарати ще неповнотою ознайомилися із станом та потребами відповідних районів,—на другий квартал залишається централізований в апараті НКОЗ розподіл майна і продуктів безпосередньо по містах і районах, але з тим, щоб обласні здоровві́дділи своєю лінією скерували головну увагу на те, щоб виявляти та мобілізувати місцеві ресурси постачання, розвивати допоміжні господарства та виробництва, щоб здійснювати систематичний нагляд за реалізацією на місці централізованих нарядів, застосовуючи по підпорядкованих містах і районах методу сиґнально-оперативного обліку та усуваючи перешкоди, що є в цій справі.

У галузі медсанбудівництва на підставі досвіду минулого року треба чекати на значні перешкоди на місцях в розумінні реалізації централізованих нарядів на будівельні матеріяли й щодо забезпечення об'єктів медсанбудівництва потрібною робітною силою. Водночас ми не можемо покладатися на задоволення всіх потреб медсанбудівництва й, особливо, ремонтування медсанзакладів засобами централізованого постачання. Ось чому обов'язком і обласних, і місцевих (міських і районових) органів охорони здоров'я є, поряд контролювання реалізації центра-

лізованих нарядів та нагляду за перебігом будівництва взагалі,—домагатися якнайширшого використання місцевих ресурсів (фондів будівельних матеріялів промисловости, організації матеріяльної допомоги будівництву та ремонту від колгоспів тощо).

Через те, що розмір нового медсанбудівництва (зокрема по напівпромислових і непромислових районах) лише надто невеликою мірою задовольняє наявну потребу в приміщеннях для медсанзакладів — треба дуже серйозну увагу в роботі обласних і районних органів охорони здоров'я віддати справі вишукування для медсанустанов придатних для них готових приміщень та щоб повернути медсанустановам ті приміщення, що їм колись належали та що, всупереч багатьом директивам уряду, були передані на використання для сторонніх потреб.

Щодо діяльности науково-практичних інститутів НКОЗ, а також готування, обліку й розподілу кадрів, авторитетну участь і вплив облздоровввідділів забезпечується призначуванням завідателів цих відділів на уповноважених НКОЗ в справах науки й кадрів.

За безпосередні оперативні завдання облздоровввідділів у цих галузях роботи тут правитиме таке: розвивати та розширювати мережу наукових опірних пунктів, що їх організують інститути на базі місцевих медсанзакладів, якнайбільше пов'язувати роботу інститутів, що обслуговують певні області, з роботою самих облздоровввідділів у відповідних галузях, перейняти від НКОЗ та взяти на себе безпосереднє керівництво діяльністю закладів середньої медичної освіти, якнайширше розвивати виробниче медичне навчання на основі місцевих медсанзакладів, організувати в межах області облік і розподіл медичних кадрів.

У галузі плянування медсанроботи треба за основне завдання облздоровввідділів, РЗІ та МЗІ визнати запровадження пляновости в усіх ланках роботи та в усіх установах—від плянування роботи самого облздоровввідділу до плянової організації діяльности першої-ліпшої амбуляторії, лікарні, консультації тощо.

Невідкладне завдання являє собою також всебічно опрацьовувати й готувати матеріяли до другої п'ятирічки з охорони здоров'я в обласному розрізі.

Санітарно-статистична робота, починаючи з другого кварталу, повинна стати за одну з оперативних функцій облздоровввідділів. Щоб усунути вплив на якість санітарно-статистичних матеріялів можливих організаційних непов'язок підчас розмежування стат. роботи між областями та НКОЗ,—Наркомздоров'я тимчасово встановив рівнобіжне надсилання від рай та міськздоровінспектур статматеріялів і до наркомату, і до облздоровідділів. Хоч воно деякою мірою й ускладнює роботу місцевих органів охорони здоров'я, проте, припинити вже тепер подання матеріялів з місць до НКОЗ та обмежитися лише надсиланням їх до облздоровідділів неможна, бо, поперше, ще не вкомплектовано статапарати ОблЗВ, а подруге,—непорозуміння та непов'язки, що неминуче виникатимуть за умов переходу з централізованої на обласну систему статистичної звітности, неґативно впливатимуть на якість зведених статистичних матеріялів, і це можна попередити лише за тимчасового зберігання рівнобіжної розробки.

Нарешті тут треба згадати за численні питання медико-санітарної роботи, що в них за часів безпосереднього порядкування від Наркомздоров'я декількома сотнями районових і міських інспектур найбільше бракувало конкретного оперативного керівництва; до таких питань належать найістотніші завдання, як-от: запровадження санмінімумів, боротьба за поліпшення санітарно-побутових умов, за зниження захорувaности, перехід медсанмережі на систему єдиного диспансера, наближення меддопомоги до виробництва, застосування в роботі медсанзакладів 6-ти історичних вказівок т. Сталіна, запровадження в діяльности медсанмережі чіткої клясової лінії, розвиток практичної роботи єдиного Т-ва оздоровлення праці й побуту тощо. Надто повільні темпи запровадження всіх цих завдань, замалі наслідки, що ми їх маємо в згаданих ділянках роботи на цей день, значною мірою залежали від того, що Наркомздоров'я, здійснюючи певну директиву вищих органів або певні заходи з власної ініціятиви, — не мав змоги провадити диференційоване керівництво по кожному окремому району або хоча б по невеликих спорідених групах районів. Так само не мав наркомат змоги чітко й систематично контролювати реалізацію його завдань скрізь по містах і районах.

Організація областей дає змогу набагато наблизити керівництво до окремого району, диференціювати це керівництво, усунути знеособлення та загальновмістовність директив районам, а також забезпечити належну перевірку виконання.

Щоб здійснити всі перелічені завдання, облздоровввідділам і підпорядкованим їм місцевим органам охоронам здоров'я слід насамперед подбати за встановлення постійного взаємного зв'язку не тільки й не стільки листовного, скільки живого і за те, щоб забезпечити належне

керівництво медсанроботою на місцях. Скликання найближчим часом обласних нарад охорони здоров'я за зразком і програмою Всеукр. Наради, яка щойно відбулася, правитиме за один з важливих кроків, щоб встановити належний зв'язок між областями й периферією.

Далі облздороввідділам доведеться закріпити й зміцнювати ті організаційні форми допоміжного керівництва периферією, що їх утворив Наркомздоров'я (міжрайонові установи, апарат позаштатних інспекторів на місцях, втягування науково-практичних інститутів в оперативне керівництво певними галузями роботи тощо).

Дуже важливу, навіть вирішальну ролю відіграє також зміцнювання райапарату охорони здоров'я. Тут можна накреслити такі основні проблеми: переглянути та зміцнити наявний склад районних та міських здоровінспекторів й заповнити вільні вакансії інспекторів; забезпечити по районах певну диференціяцію керування окремими ділянками медсанправи, притягнувши до апарату РЗІ понадштатних інспекторів лікпрофсправи, охматдиту та санепіду за сполученням з наявного числа практичних робітників, що мають основну роботу в місцевих установах консультації, лікарні тощо; посилити технічне обслуговування райздоровінспектуре запрошуванням статистиків, рахівників на основі спеціяльного обіжника НКОЗ в цій справі; пов'язати організаційно практичну роботу РЗІ з місцевим лікарським активом через утворення лікарських рад, скликання районових лікарських конференцій тощо.

Ще одне дуже важливе завдання ОблЗВ, РЗІ та МЗІ—це домогтися поліпшення матеріяльно-побутових умов медперсоналу, подбати за організацію зачинених розподільників та їдалень, пильно наглядати за виконанням на місцях чинних постанов Уряду про пільги медробітникам, і зокрема—забезпечити цілковиту та своєчасну реалізацію останньої директиви, щоб починаючи з першого липня поточного року, постачання лікарям промислових районів дорівнювало нормам ІТР, а в сільських районах—норма учителів.

Представники облздороввідділів на останній Всеукраїнській нараді одностайно підкреслювали потребу скоріше передати їм всю „повноту влади", що до управління районами.

Увесь той комплекс завдань і заходів, що про них ми тут говорили, в міру здійснення їх має закріпити згадану „повноту влади" за облздороввідділами та забезпечити їм належний авторитет і питому вагу в загальній системі органів охорони здоров'я.

На спільному організованому розв'язанні перелічених завдань треба зосередити увагу всіх ланок керівного апарату охорони здоров'я та медсанмережі в цілому.

З практики підготовки райздоровінспектур в справі медсанобслуговування весняної сільсько-господарчої виробничої кампанії 1932 р.

Основні завдання, що їх було поставлено перед місцивими органами охорони здоров'я на час підготовки до сівби полягали в тому, щоб:

1. Розгорнути курси першої допомоги, сануповноважених та ясельних робітниць—з числа колгоспників, робітників радгоспів і МТС.

2. Забезпечити соцсектор села через райколгоспілки та адміністрацію радгоспів і МТС польовими аптечками першої допомоги.

3. Скоротити радіюс амбуляторного обслуговування колгоспного сектора, утворивши мережу сезонових додаткових пунктів першої допомоги та сезонних амбуляторій.

4. Організувати ясла, — садки, цим самим сприяючи максимальному втягненню жінок у с.-г. виробництво.

5. Провести широкі санітарно-оздоровні заходи по району.

6. Сприяти розгортанню громадського харчування й зокрема по таборах у полі.

7. Провадити масову санкультроботу серед колгоспників та робітників радгоспів і МТС, стати на чолі походу за здоровий соціялістичний побут.

Не говорячи вже про те, що значна частина здоровінспекторів узагалі вирішила не переобтяжувати себе поданням якихось там повідомлень про перебіг підготовки до сівби, не зважаючи на багаторазові нагадування про те, що ці зведення (ф. № 1) побудовано так, що ними є змога сигналізувати центральним інстанціям про перешкоди на шляху виконання й завдань, перегляньмо матеріяли, що надійшли з місць.

Що доводять вони?

1. Більшість здоровінспектур занадто пізно розпочали реалізацію директиви НКОЗ про розгортання курсів масових кадрів для потреб сівби.

2. Чимала частина районів не спромоглася мобілізувати як слід увагу медробітників та всієї громадськости навколо підготовки до медсанобслуговування сівби.

Ганебна індиферентність, волячі темпи розгортання роботи, реєстрування наявного стану (констатація), ставка на самоплив, сила „об'єктивних" умов — оце все панувало за невеликими винятками у звітах.

Основні скарги райздоровінспектур: колгоспи та радгоспи майже не виділяють слухачів, а виділених—не забезпечують житлом і харчуванням.

Ряд здоровінспектур зареєстрували цю констатацію й навіть не сповістили НКОЗ, що саме перешкоджає розгортати курси, (РЗІ Барська, Буринська, Грушківська, Шполянська, Липовецька. Тульчинська та інш.).

Замість проявляти ініціятиву, організовувати вербування слухачів безпосередньо по колгоспах і радгоспах силами самих медробітників, замість сиґналізувати РВКому, РСІ про негнучкість, а подекуди опортуністичне ставлення райколгоспспілок, замість висвітлювати це питання, що є чимала частина проблеми кадрів, у пресі, на конференціях, зльотах тощо — замість цього маємо лише коротенькі повідомлення до НКОЗ:

„На 1-VI курсантів першої допомоги, сапуповноважених та ясельних робітниць — жодного". — без будьяких пояснень. *Райздоровінспектор (підпис)*

Як можна розцінювати такий факт, що Ніженський р-н, наприклад, підготовив одних тільки курсантів першої допомоги 250, а за той самий час на 1-IV — Бершадський р-н підготовив... 1 колгоспника, Славутський — 2, а Мархлевський — трьох колгоспників.

Цей факт доводить яскраво, що в Ніженському р-ні РЗІ по-більшовицькому зайшлася навколо справи, зуміла подолати всі „об'єктивні труднощі, а в р-нах: Бершадському, Мархлевському, Славутському — проспали всю підготовку. Це доводить, що ці РайЗІ-вкупі з їхніми колеґами, які жодного курсанта не підготовили (див. вище) ганебно й злочинно поставилися до забезпечення успіху найважливішої с.-г. кампанії.

Навіть щодо справи плянування кількости слухачів частина РЗІ замість виконати директиви НКОЗ та висунути зустрічні пляни поставилася опортуністично, значно зменшивши ліміти, що дав НКОЗ.

Все зазначене рівною мірою стосується й забезпечення соцсектора села аптечками.

На що тут скаржаться райздоровінспектури?

а) Райколгоспспілки не склали умови з філіями ВАУ на придбання аптечок.

б) Райколгоспспілки склали умови на меншу кількість аптечок, ніж запропонував НКОЗ (по одній аптечці на колгоспну бриґаду).

в) Райколгоспспілки, склавши умови, не потурбувались переказати грошей філіям ВАУ.

А щож зробив РайЗІ, щоб вплинути на колгоспспілку, яку роз'яснювальну роботу провів він серед колгоспників, яких ініціятивних заходів ужив, щоб на місці організувати випуск аптечок — хоч якою завгодно ціною не припустити прориву на цій найвідповідальнішій ділянці роботи? Про це — ані слова.

Маємо знову таки ту саму констатацію, плентання в хвості.

Таращанська райколгоспспілка заявила, що вона не може дати собі раду забезпечити придбання належної кількости аптечок, — а Таращанський райздоровінспектор... погодився на це.

Точні дані про те, якою мірою виконано директиву НКОЗ про розгортання сезонних пунктів першої допомоги, ми матимемо пізніше, коли сівба розів'ється або наближатиметься до скінчення.

Проте, й тепер треба одверто й рішуче загострити питання про велику небезпеку, що утворилася по значній частині районів на фронті підготовки масових кадрів та забезпечення соцсектору села аптечками першої допомоги.

Наведені тут дані мусять стати наукою для відсталих, для тих, що недбало, опортуністично, не усвідомлюючи важливости роботи, ставляться так до неї.

Треба із усією впертістю та ініціятивою зліквідувати ганебні прориви, вживши абсолютно всіх заходів до того, щоб справа підготовки кадрів на місці стала бойовим завданням роботи, щоб усіх, що закінчили такі курси торік або цього року, використати на забезпечення соцсекторів села. Так само й щодо постачання колгоспам аптечок першої допомоги.

Уроки підготовки до весняної сівби здоровінспектурам треба обов'язково урахувати, коли готуватимуться вони до медсанобслуговування жнив,

Здоровінспектури повинні повною взяти за провідне начало в своїй роботі директивне настановлення партії (див. постанову ЦКК КП(б)У з 4 лютого 1932 р.) про те, що за виробничу одиницю визнається колгоспну бригаду, через що увагу до неї треба посилити якнайвищою мірою.

Офіційна частина

ОРГАНІЗАЦІЙНА ЧАСТИНА.

68. ПРО ПЛАТНУ МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ.

До всіх облздороввідділів, до всіх райздоровінспектур Донбасу, до всіх міських інспектур охорони здоров'я. Копія — до НКОЗ АМСРР.

1. Щоб поліпшити медсанобслуговування робітників в УСРР та збільшити кошти на цю потребу, НКОЗ визнає за потрібне запровадити платну меддопомогу по всіх установах охорони здоров'я для таких груп населення:

а) некооперовані кустарі та ремісники, а також інші особи, що мають прибутки з власної ненайманої праці.

б) особи, яких оподатковується промподатком;

в) особи, що мають нетрудові прибутки;

г) куркулі, яких обкладається сільгосп. податком в індивідуальному порядкові.

Увага 1: Платну меддопомогу кооперованим кустарям надається на підставі окремих договорів органів охорони здоров'я з відповідними промстрахкасами.

Увага II: На утримання ясел та інших оздоровних дитячих установ притягується кошти всіх батьків (крім незаможних), діти яких відвідують дитячі заклади, незалежно від соціяльного стану батьків.

2. Плату за меддопомогу з вищезазначених груп людности стягається згідно із зразковою таксою НКОЗ, яку вто нюють облздоровтвідділи та райздоровінспектури й міськінспектури відповідно до своїх місцевих умов роботи.

Плату в яслах та інших дитячих установах стягається порядком окремої інструкції НКОЗ.

3. Плату стягається за всі види меддопомоги, як-ось за ліжково-стаціонарну, амбулаторно-поліклінічну, за поради та лікування в різних диспансерах, за допомогу вдома тощо, а також за медикаменти, перев'язні матеріяли й т. ін.

4. У випадках боротьби з пошестями (примусова шпиталізація пошесних хорих, різні запобіжні протиепідемічні щеплення, дезінфекція тощо) меддопомогу всім вищезгаданим групам людности надається безплатно.

5. Плату з осіб, що не сплатили грошей за надану їм меддопомогу, стягається судовим порядком на загальних засадах.

6. Кошти від платної меддопомоги є спеціяльні кошти; вони залишаються у відповідній медсанустанові й витрачаються на поліпшення й розвиток її роботи відповідно до обіжника НКОЗ й НКФ УСРР з 24 вересня 1931 р. № 2541 („Про закріплення спецкоштів за медустановами" („Бюлетень НКОЗ УСРР" 1931 року ч. 26 — 30, п. 234).

7. Надання платної меддопомоги ні в якому разі не повинно спричиняти погіршення меддопомоги тим трудящим, що користують з права на безплатну й першочергову меддопомогу.

Додатки: 1. Інструкція, як запроваджувати платність в лікувально-профілактичних установах НКОЗ.

2. Зразкова такса платної допомоги в лікувально-профілактичних установах НКОЗ,

3. Інструкція, як запроваджувати платність в установах охорони материнства та дитинства, що належать НКОЗ.

4. Інструкція, як запроваджувати платність за аборти.

Народній Комісар Охорони Здоров'я УСРР — **Канторович.**

Затверджую:
Нарком Охор. Здоров'я Канторовіч.
15 квітня 1932 р.

ІНСТРУКЦІЯ

як запроваджувати платність в лікувально-профілактичних установах НКОЗ.

Не зважаючи на те, що асигнування із усіх бюджетів на справу охорони здоров'я щороку значно зростають, що в розвитку охорони здоров'я беруть значну участь громадські організації та за директивами уряду — промисловість; не зважаючи на те, що сама сітка лікпрофустанов та обсяг різних лікувально-профілактичних та запобіжно-оздоровних заходів щороку значно збільшується та поліпшується, зростання культурно-побутових вимог до охорони здоров'я тру-

дящих та трудового селянства на базі культурної революції значно перевищує всі фінансові ліміти на справу охорони здоров'я.

Отже, участь коштів самого населення на допомогу всім пляновим джерелам фінансування справи охорони здоров'я може дати значне поширення та покращення медобслуговування трудящих, а тому в цьому напрямку треба провести низку плянових заходів щодо використання цих джерел.

Платність за деякі види допомоги в багатьох містах та на селі запроваджується й тепер, але немає одноманітних основних принципів для її будування.

Щоби врегулювати цю важливу справу, щоб запровадити більшу чіткість у практиці клясового обслуговування окремих груп населення, НКОЗ пропонує таке:

1. По всіх містах і сільських місцевостях всі види меддопомоги, що їх передбачено якими б то не було бюджетами, надається зовсім безкоштовно: робітникам, робітницям, в першу чергу провідних галузей промисловости, І.Т.Р., робітникам і робітницям радгоспів, МТС, робітникам різних сільських підприємств — цукроварень, торфорозробок, меліорозробок, каменярень, особам, нагородженим орденами Союзу РСР або Союзних республік; всьому комскладу Червоної Армії, всім червоноармійцям у тих пунктах де немає військових шпиталів і лікарень, колишнім червоноармійцям і партизанам, всім членам колгоспів, комун, наймитам і наймичкам, селянам біднякам та всім застрахованим з їхніми утриманцями, інвалідам, студентам.

2. У всіх цих випадках робітників та робітниць ударників задовольняють першочергово.

3. Кустарі-одинаки, кустарі, об'єднані в артілі, громадяни, що мають власні джерела прибутків та інші верстви населення—повинні сплачувати за меддопомогу або індивідуальним порядком, або через свої організації на базі спеціяльних умов, що їх складається поміж групою населення та місцевими органами охорони здоров'я. Куркулі, що їх оподатковують сільгоспподатком індивідуальним порядком, дістають меддопомоги, за яку сплачують індивідуально згідно з таксою, затвердженою від органів охорони здоров'я.

Увага: Меддопомога населенню, що підлягає обов'язковій платності — у випадках боротьби з епідемією (примусова шпиталізація інфекційних хорих, різні запобіжні протиепідемічні щеплення, дезинфекція тощо)—надається безкоштовно.

4. Плату стягається з відповідних груп населення що їх перелічено в п. 3, за всі види меддопомоги, себто, за ліжково-стаціонарну, амбуляторно-поліклінічну, за поради та лікування в різних диспансерах, за допомогу на дому, навіть у випадках швидкої та невідкладної допомоги на станції та на пункті швидкої допомоги, за медикаменти, перев'язні матеріяли і т. інш. за спеціяльною таксою, що її опрацьовує кожна районна або міська здоровінспектура на підставі зразкової такси, що її тут подано.

5. Таксу затверджує районний виконавчий комітет або міська рада за належністю, подають до відому всього населення, вивішуючи її по всіх лікустановах.

6. У психлікарнях плату стягається з тих психхорих, що мають родичів, живуть з ними, що не є соціяльно-небезпечні, але родичі яких не бажають утримувати цих хорих у себе.

7. У разі потреби надати меддопомогу в негайних випадках (загрозливі кровотечі, термінові операції, позауразова вагітність, защемлена кила, трахеотомія, апендицит гострий тощо), за яких хорих приставляє до лікарні швидка та невідкладна допомога—меддопомогу надається негайно, але потім за рахунок лікарні стягається плату.

Увага: У разі особа, що їй надавали меддопомогу, або її родичі відмовляться сплатити за рахунком лікарні, то цю сплату стягають судовим порядком.

8. Надання меддопомоги за плату відповідним колам населення ні в якому разі не може погіршувати так кількісно, як і якісно забезпечення безплатною меддопомогою всіх трудящих, яким всі види меддопомоги надається першочергово.

9. Для надання меддопомоги за плату в ліжково-стаціонарних лікувально-профілактичних установах організується понадбюджетові ліжка по різних відділках лікарні такою кількістю, щоб таке додаткове розгортання платних ліжок не погіршувало загального санітарно-гігієнічного стану відділку.

10. У разі в тому або в тому відділкові лікарні всі ліжка, що їх надається за плату, не будуть вільні, а в той час будуть вільні достатньою кількістю бюджетові ліжка, то коли буде потреба надати в цих відділках ліжка платним хорим,—можна з дозволу головлікаря установи класти платних хорих за плату і на вільні бюджетові ліжка, але з такою обов'язковою умовою, щоб не було жодного відмовлення надати ліжкову допомогу тим колам населення, що дістають бюджетових ліжок першочергово.

11. Усі позабюджетові платні ліжка насамперед надається та бронюється за плату відповідними лікувальними бюрами, на підставі спеціяльних умов між лікбюрами та відповідною лікустановою, і тут вартість ліжко-дня в бюдж. установах для лікбюра не може перевищувати собівартість.

12. Трудящі та інші верстви населення (див. п. 1 цього положення), коли вони приїжджають по спеціяльну меддопомогу з інших союзних республік або з інших районів і міст УСРР, на підставі встановлених командировок або без них, дістають меддопомоги в усіх лікувально-профілактичних установах, в тому числі стаціонарної ліжкової допомоги, через відповідні лікбюра на підставі спеціяльних розпоряджень відповідних облздоровввідділів, рай та міськздоровінспектур.

Примітка: Гострих інфекційних хорих, що випадково потрапляють в той або інший пункт, приймають в інфекційні відділки на підставі вказівок санітарної організації безплатно однаково з місцевими хорими.

13. Щоб задовольнити всіма видами або окремими видами платної допомоги всі кола населення, дозволяється обздороввідділам, рай та міськздоровінспектурам організовувати нові лікустанови, наприклад: зубні та зубопротезні, абортні, пологові, фізіо-терапевтичні. ортопедичні й т. інш. за тими самими принципами, що за ними організуються бюджетові лікустанови.

14. Усі місцеві органи охорони здоров'я повинні широко не тільки дозволяти, а максимально сприяти різним громадським організаціям—УЧХ, т-ву „Допомога", промстрахкасам, УКЦ, райколгоспспілкам тощо — організовувати мережу, різних лікустанов так своїм коштом. як і коштом населення, але обов'язково здійснювати над ними та над їхньою роботою відповідний нагляд і контроль.

15. Усі кошти за платну допомогу становлять відповідно до обіжника НКОЗ та НКФ УСРР з 24 вересня 1931 р. № 25411 „Про закріплення спеціяльних коштів за медустановами" („Бюлетень НКОЗ" за 1931 р. № 26 — 30), спецкошти відповідної лікустанови, додаткові до відповідних бюджетових асигнувань та утримання установи; ці гроші неможна залучати до відповідного бюджету, зменшуючи бюджетові асигнування.

16. Кошти за платну меддопомогу витрачається виключно на поліпшення утримання хорих, а саме: на збільшення запасів білизни, взуття, одягу, збільшення кількости різної палатної меблі, придбання хірургічного струменту, апаратів, поліпшення харчування хорих, оплату чергування персоналу при окремих тяжких хорих, в разі такі чергування виконує спеціяльно запрошений медперсонал або персонал даної лікарні в неслужбовий їхній час тощо.

Кожна лікустанова складає річний (або на менший термін) прибутково-видатковий кошторис, зазначаючи в ньому суми, що їх передбачають одержати протягом кошторисного періоду, і на що саме передбачають витратити ці суми.

18. Подані через облздороввідділи, рай та міськздоровінспектури прибутково-видаткові кошториси затверджують відповідно — президії облвиконкомів, райвиконкомів і міських рад.

19. Кожна лікустанова, що надає платну меддопомогу, провадить точний облік платних хорих.

20. Для реєстрації платних хорих треба вести окрему облікову книгу або зшиток, вносячи туди порядком нумерації щодня всіх хорих, показуючи одержану від кожного плату за лікування та діягнозу його захорування.

21. Кожний хорий одержує спеціяльну квитанцію на внесену ним плату за лікування. За сплату вартости лікування наперед (курсового), хорий дістає квитанцію з відривними талонами.

22. Цю квитанцію хорий подає в амбулаторно-поліклінічних установах до реєстратури, від якої одержує амбуляторний журнал або індивідуальну картку, прямуючи з нею до того або того лікаря або кабінету.

23. Коли хорий одержав квитанцію на одноразову допомогу, він здає свою квитанцію лікареві, у якого дістає поради й допомоги; коли ж квитанцію одержано за курсове лікування на кількість одвідувань в одному й тому ж самому кабінеті, або у одного й того самого лікаря, то хорий здає лікареві відповідний відривний талон.

24. Усі квитанції, що їх одержано щодня лікарями або кабінетами, що надавали допомогу — наприкінці дня здається до облікової частини лікарні.

25. Кожна лікустанова має свій поточний рахунок та щодня обов'язково вносить всі гроші що надійшли за платну меддопомогу минулого дня.

26. Не пізніше 5 числа кожного наступного місяця лікустанова складає звіт про одержання й витрачання сум платности й подає до відповідного облздороввідділу, рай або міськінспектури.

27. У відповідно-статистичних звітніх відомостях платних хорих слід показувати в знаменниках відповідних цифр (у тому числі...).

Затверджую:
Наркомздоров'я УСРР
Канторович

ВЗІРЦЕВА ТАКСА

платної допомоги в лікувально-профілактичних установах НКОЗ (досвід м. Харкова)

I. Поліклінічна та амбуляторна меддопомога

Прийом у лікаря	2	крб.
Порада консультанта	3	„
Мала хірургічна операція	2	„
Теж під місцевою анестезією	3	„
Складна операція під анестезією	5	„
Перев'язка мала	2	„
„ велика	3	„
Виклик лікаря додому вдень	3	„
„ „ „ вночі	5	„
Виклик середнього медперсоналу вдень	2	„
Теж вночі	3	„
Виклик сестри для чергування у ліжка хорого за добу	15	„

Примітка: 1) Вартість цих видів меддопомог для непрацюючого елементу збільшується на 50%.

Примітка: 2) Харчування чергового персоналу провадиться коштом хворого.

Примітка: 3) Переїзд лікарів та іншого медперсоналу за викликів додому— оплачується коштом хворого.

II. Зуболікування

Прийом у зублікаря	2	крб.
Пльомба без лікування	3	„
„ з лікуванням	5	„
Екстракція без наркозу	3	„
„ з наркозом	5	„
Чистка зубів	3	„

Зубопротезування

Штучний зуб на ґумі передній	6	крб.
„ „ „ „ корінний (бічний)	3	„
Виробити одну золоту частину із золота пацієнта	10	„
Виготовити один фасеточний або штифтовий зуб із золота пацієнта	12	„
Направити одного перелом	5	„

Примітка 1. За швидкість виконання набавляється 50%

Примітка 2. Для непрацюючого елементу таксу підвищується на 50%.

III. Рентгенкабінети:

Рентгеноскопія грудної клітини	3	крб.
„ стравоходу	5	„
„ шлунку	10	„
Сеанс поверхової рентген-терапії	2	„
„ напівглибокої „ „	4	„
Рентгенограми: 13 × 18 см.	5	„
18 × 24 „	8	„
24 × 30 „	10	„
30 × 40 „	12	„

Примітка: для непрацюючого елементу — набавка на 50%.

IV. Фізіотерапія

Всі електролікувальні процедури по	2	крб.
Загальна світляна ванна	3	„

Примітка: Для непрацюючого елементу — набавка на 50%.

V. Аналізи в практичних лябораторіях

Всі аналізи звичайні по	2	крб.
Аналізи шлункового соку, крови та калу по	3	„

VI. Тубсанаторії

Для робітників і партійців незалежно від заробітку, а також для службовців, що заробляють до 150 крб.	210	крб.
Для службовців із заробітком понад 150 до 200 крб.	240	„
Для службовців з окладом понад 251 до 350 крб.	270	„
„ „ „ „ понад 350 крб.	300	„

VII. Стаціонарна меддопомога

Для тих, що заробляють до	50 крб. н/міс.	3 крб. за ліжко-день
„ „ „ „ понад	50 до 75 крб. н/міс.	4 крб. за „ „
„ „ „ „ „	75 — 100 „ „	5 „ „ „ „
„ „ „ „ „	100 — 150 „ „	6 „ „ „ „
„ „ „ „ „	150 — 200 „ „	7 „ „ „ „
„ „ „ „ „	200 — 250 „ „	8 „ „ „ „
„ „ „ „ „	250 — 300 „ „	9 „ „ „ „
„ „ „ „ „	300 — 400 „ „	10 „ „ „ „
„ „ „ „ „	400 — 500 „ „	11 „ „ „ „
„ „ „ „ „	500 та вище „ „	12 „ „ „ „
„ нетрудящих		15 „ „ „ „

У цю плату входять всі форми обслуговування хорих. Будької додаткової плати за медикаменти, перев'язний матеріял, приготування до операції, операцію тощо — не стягується.

Вартість одного ліжко-дня для установ та організацій, коли гроші сплачують окремі установи та організації власним коштом — 8 крб.

Вартість одного ліжко-дня для селян-бідняків і колгоспників, коли вони займають платне ліжко — 3 крб., для селян-середняків — 7 крб.

Затверджую:
Наркомздоров'я УСРР Канторович
15 квітня 1932 року

ІНСТРУКЦІЯ,

як запроваджувати платність в установах охорони материнства та дитинства, що належать НКОЗ

I. Із державного та місцевого бюджету, із коштів соціяльного страхування та з фондів медичної допомоги застрахованим, із коштів громадських організацій, промисловости, промкооперації тощо витрачається значні суми на справу охорони материнства й дитинства. Ці асигнування зростають з року на рік, як зростає й мережа установ охматдиту, але це не встигає відповісти повнотою так процесу дедалі більшого втягнення жінок у виробництво, як і зростанню культурно-побутових вимог робітництва й трудового селянства. Звідси виникає потреба притягувати кошти людности до справи охматдиту. Ці кошти дадуть змогу ще поширити мережу охматдитських установ і поліпшити їхній стан.

На зміну раніш виданих інструкцій, розпоряджень тощо, Наркомздоров'я УСРР і видав цю інструкцію:

II. Правила прийому дітей до установ охматдиту

Велике зростання ясельної мережі, а також установ оздоровного типу що їх було розгорнуто переважно для обслуговування промислового та колгоспного пролетаріяту, ставить завдання переглянути правила прийому дітей до цих установ і встановити певну чергу прийому дітей тої або тої групи.

Досвід місць доводить, що прийом до цих установ не скрізь переводиться так, щоб було видно чітку клясову лінію. Тому Наркомздоров'я встановлює такі правила прийому дітей до ясел і оздоровних установ:

1. *Черговість прийому по містах:*

По містах і промцентрах до ясел першою чергою приймають дітей робітниць провідних галузей промисловости, а саме: вугільної, гірно-рудної, металюргійної, машинобудівельної, основної хемії та новобудівель. Другою чергою — дітей робітниць, що працюють по інших галузях промисловости і третьою чергою — дітей службовців.

Увага: 1. До ясел, що розташовані на підприємствах, насамперед приймають дітей робітниць цих підприємств.

Увага: 2. Позачергово приймають дітей ударниць.

Увага: 3. Дітей червоноармійців, колишніх червоногвардійців, та червоних партизан, а також дітей комскладу при прийомі до ясел дорівнюється до дітей робітниць, що працюють на виробництвах, розташованих у даній місцевості.

Увага: 4. Дітей наукових робітників і інженерно-технічних робітників та дітей робітників спілки МСТ приймають нарівні з дітьми робітників промисловости.

2. *Черговість прийому по селах*

По селах першою чергою приймають до ясел дітей колгоспниць, комунарок, наймичок; другою чергою — дітей робітниць тих виробництв, що розташовані в даній місцевості й третьою чергою — дітей біднячок, середнячок, одноосібників, а також дітей службовок.

Увага: Дітей медичних й інженерно-технічних робітників та вчительства при прийомі до постійних сільських ясел дорівнюється до дітей колгоспниць.

3. *Прийом до дитячих оздоровних установ*

Прийом дітей до оздоровних установ провадиться за таким самим принципом, а саме; першою чергою приймають дітей робітників провідних галузей промисловости й новобудівель; позачергово—дітей ударників цих видів промисловости; другою чергою — дітей робітників інших галузей промисловости й третьою чергою — дітей службовців.

Увага: 1) Дітей наукових робітників, інженерно-технічного персоналу, червоноармійців, колишніх червоногвардійців та червоних партизан і комскладу Червоної армії дорівнюється до дітей робітників.

Увага: 2) Прийому до оздоровних установ підлягають в першу чергу діти тих окремих груп, що пройшли диспансеризацію.

III. Загальні правила платности

1. Розмір плати встановлюється, виходячи із бюджету робітничої сім'ї.

2. Установлюючи розміри бюджету сім'ї,ураховують заробітки усіх членів даної сім'ї (батько, матір, діти), що спільно живуть.

Увага: 1. Хатні робітниці до складу сім'ї не входять.

Увага: 2. Усіх осіб, що перебувають на утриманні сім'ї, ураховується у складі сім'ї.

Увага: 3. До заробітків сім'ї увіходять також одержувані аліменти.

Увага: 4. Діти червоноармійців, колишн. червоногвардійців і червоних партизан та інвалідів пенсіонерів страхкас та соцзабезу (останніх — коли вони не мають окремого заробітку) платять 50% такси.

IV. Плата в яслах і дитячих будинках

За пересічного місячного заробітку на одного члена сім'ї до 25 крб.—дитину утримується безплатно.

У разі заробіток становить:	*Сплачують*
понад 25 до 30 крб.	5 крб.
„ 30 „ 35 „	8 „
„ 35 „ 40 „	10 „
„ 40 „ 45 „	12 „
„ 45 „ 50 „	15 „
„ 50 „ 55 „	18 „
„ 55 „ 60 „	20 „
„ 60 „ 75 „	25 „
„ 75 „ 90 „	30 „
„ 90 „ 100 „	35 „
„ 100 „	сплачують повну собівартість утримання дитини

Увага: 1. У собівартості треба враховувати всі витрати, в тому числі й зарплату персоналові.

Увага: 2. За дітей робітниць ударниць провідних галузей промисловости (металюргія, вугільна промисловість, гірно-рудна, машинобудівельна та основної хемії, а також новобудови) сплачують 50% зазначеної вартости.

V. Плата по дитячих майданчиках — за місяць

За пересічного місячного заробітку до 30 крб. на одного члена сім'ї, плати не стягують.

За заробітку	*Сплачують*
понад 30 до 40 крб.	5 крб.
„ 40 „ 50 „	10 „
„ 50 „ 75 „	15 „
„ 75 „ 100 „	20 „
„ 100	сплачують повну собівартість утримання дітей.

VI. Плата в молочних кухнях

За пересічного місячного заробітку на одного члена сім'ї до 15 крб., молочні мішанки (дитячі пайки) видається безплатно.

У разі заробіток становить:	*Сплачують:*
понад 15 до 20 крб.	15% собівартости дитпайки.
„ 20 „ 30 „	50% „ „
„ 30 „ 40 „	75% „ „
„ 40 „ 50 „	повну собівартість
„ 50 „ 75 „	повну собівартість + 3 коп. на кожну шклянку
„ 75 „ 100 „	повну собівартість + 8 „ „ кожну шклянку
„ 100 й вище	повну собівартість + 10 „ „ кожну шклянку.

VII. Плата в постійних санаторіях

За пересічного місячного заробітку на одного члена сім'ї до 50 крб., за утримання дітей не сплачується.

У разі заробіток становить:	*Сплачують*
понад 50 крб. до 75	25% собівартости
„ 75 „ „ 90	50% „
„ 90 „ „ 100	75% „
„ 100 „	повну собівартість

Увага: За дітей преміюваних ударників платять 50% цієї такси.

VIII. Порядок використання коштів дитплатности

1. Усі кошти, що їх збирається, як плату по установах охматдиту, становлять спеціяльні кошти даної установи, вони є додатковими до відповідних бюджетових асигнувань на утримання даної установи, не можуть залучатися до відповідного бюджету та зменшувати бюджетові асигнування.

2. Кошти від платности повинні йти на розширення відповідних установ та поліпшення їхнього стану.

3. Кожна установа складає річний (або на менший термін) прибутково-видатковий кошторис, зазначаючи в ньому суми, що їх гадають одержати протягом кошторисного періоду, та на що саме передбачають ці суми витратити.

4. Подані через облздороввідділи, рай. та міськздоровінспектури прибутково-видаткові кошториси затверджують відповідно — президії облвиконкомів, райвиконкомів і міських рад.

5. Одержувані від платности гроші треба обов'язково вносити на поточний рахунок установи й вести їм точний облік у загальній системі рахівництва даної установи.

6. Не пізніше 5 числа кожного наступного місяця установа складає й подає до відповідного облздоровводділу, рай або міськздоровінспектури звіт про одержання та витрачання сум платности.

Затверджую:
Наркомздоров'я УСРР Канторович
15 квітня 1932 року

ІНСТРУКЦІЯ

як запроваджувати платність за аборти

Змінюючи всі чинні до цього часу розпорядження та інструкції, видані від Наркомздоров'я, і опрацьовані та затверджені на місцях, НКОЗ встановлює такий порядок стягання платні за аборти та використання коштів, що надходять за них.

1. Зовсім від плати за аборти звільняється:

а) дружин червоноармійців та командного складу, що перебуває у Червоній Армії,

б) біднячок і наймичок, що стали членами сільсько-господарських колективів,

в) пенсіонерів соцзабезу та соцстраху та їхніх утриманців, якщо вони не мають окремого заробітку,

г) жінок, що належать до трудящих верств, якщо вони абортують на підставі медичних показників.

Увага: Аборт за медичними показниками жінкам, що належать до нетрудових шарів, переводиться за плату, але стягання її не повинно припиняти переведення аборту.

2. Для решти жінок, що абортують за соціяльними показниками, встановлюється за переведення аборту плата за таксою, що її затверджує районний виконавчий комітет або міська рада, доводячи таксу до відома населення, вивісивши її у відповідних лікустановах.

3. Для жінок, що належать до трудящих шарів, розмір плати встановлюється, виходячи з бюджету сім'ї.

4. Установлюючи розмір бюджету сім'ї, ураховують заробітки всіх членів сім'ї (батько, матір, діти), що спільно живуть.

Увага: 1. Хатні робітниці до складу сім'ї не входять.

Увага: 2. Усіх осіб, що перебувають на утриманні данної сім'ї, ураховується у складі сім'ї.

5. Плату за аборти слід стягувати згідно з такою зразковою таксою, що її мають опрацювати та пристосувати на місці відповідні рай та міськздоровінспектури:

а) для робітників та службовців:

За пересічного місячного заробітку на одного члена сім'ї до 20 крб., аборт переводять безплатно.

У разі заробіток становить:	*Сплачують*
Понад 20 до 25 крб.	5 крб.
„ 25 „ 30 „	7 крб. 50 коп.
„ 30 „ 40 „	10 „
„ 40 „ 45 „	12 „

Понад 45 до 50 крб. 15 крб.
„ 50 „ 60 „ 18 „
„ 60 „ 75 „ 20 „
„ 75 та вище 25 „

б) для трудящих селян:

Селяни — бідняки та колгоспники платять за аборт 10 крб.; селяни — середняки — 20 крб.

в) для нетрудящих шарів:

У місті — 45 крб; на селі — 35 крб.

6. До суми плати за аборти увіходить і саме запровадження операції, і перебування підчас аборту в лікарні.

7. Плату за аборт встановлюється незалежно від кількости днів, що жінка перебуває в лікарні.

8. Трудящим жінкам, що вступають до лікарні з кровотечею, відповідну медичну допомогу надають незалежно від бюджету її сім'ї — безплатно; нетрудовим—за плату, але стягання її не повинно припиняти надання потрібної допомоги.

9. Лікарні, що провадять аборти та стягують плату за них, ведуть окремий облік коштів, що надходять за аборти, вносять ці кошти на поточний рахунок установи та зберігають всі документи, на підставі яких було стягнуто ту або ту плату.

10. Кошти від платних абортів витрачається за пляном, що його опрацьовує інспектор охматдиту, а де такого немає, то завідатель районної консультації охматдиту, та затверджує на подання районної або міської здоровінспектури — президія райвиконкому або міської ради.

Ці кошти витрачаються на такі потреби:

а) на утримання самих абортних ліжок, якщо їх розгорнуто понадштатно й коли на утримання не відпущено коштів ні з місцевого бюджету, ані з фонду медичної допомоги застрахованим.

б) решту сум, що залишаються вільними, витрачається так: 10% — передається на посилення фондів соціяльної допомоги при консультаціях охматдиту або при відділках охорони материнства єдиного диспансеру для використання на заходи охорони материнства та немовлят 90% — на додаткове розгортання нових пологових ліжок, насамперед при дільничних амбулаторіях, у самостійних пологових будинках і соматичних лікарнях, на поліпшення та додаткове обладнання існуючих пологових ліжок;

в) у разі додаткових абортних ліжок у даній установі не розгорнуто, а для абортів використовується бюджетові ліжка, усю суму від платности розподіляється на 10% та 90%, як указано вище.

11. Забороняється витрачати кошти від платних абортів на які б то не було інші потреби, крім зазначених у цій директиві, так само й на потреби іншого відділку лікарні, крім пологового.

12. Усі кошти за платну допомогу становлять відповідно до обіжника НКОЗ та НКФ УСРР з 24 вересня 1931 р. (№ 25411) „Про закріплення спеціяльних коштів за медсанустановами" („Бюлетень НКОЗ" за 1931 р. № 26-30), спецкошти відповідної лікустанови; вони є додаткові до відповідних бюджетових асигнувань на утримання установи й не можуть залічуватися до відповідного бюджету та зменшувати бюджетові асигнування.

13. Кожна лікустанова складає річний (або на менший термін) прибутково-видатковий кошторис, зазначаючи в ньому і суми, що їх передбачають одержати протягом кошторисного періоду, і на що саме передбачено витратити ці суми.

14. Подані через облздороввідділи, рай та міськздоровінспектури прибутково-видаткові кошториси затверджують відповідні президії облвиконкомів, райвиконкомів та міських рад.

15. Кожна лікустанова, що надає платну меддопомогу, веде точний облік платних хорих.

16. Для реєстрації платних хорих треба вести окрему облікову книгу або зшиток, до яких щодня записують порядковою нумерацією всіх хорих, показуючи одержану від кожного плату за лікування, діягнозу його захорування.

17. Кожний хорий одержує спеціяльну квитанцію на внесену ним плату за лікування.

18. Не пізніш 5 числа кожного наступного місяця лікустанова складає звіт про одержання й витрачання сум платности й подає до відповідного облздороввідділу рай та міськ. здоровінспектури.

19. У відповідних медично-статистичних звітних відомостях треба платних хорих показувати в знаменниках відповідних цифр (у тому числі...).

69. Про відповідальність за переведення середуразових впорскувань йоду не в належних умовах

Постанова НКЮ та Наркомздоров'я УРСР.

1. Середуразові впорскування (змазування) йоду або інших речовин з метою попередити або переривати вагітність, треба розглядати, як вчинення аборту.

2. За такі впорскування з недодержанням умов, передбачених арт. 143 КК УСРР, відповідних осіб треба притягати до права на підставі згаданого артик. КК УСРР.

Харків, 21 березня 1932 р.

Заст. НКЮ та ГПР — **Приходько**
Наркомздоров'я — **Канторович**

70. Про порядок сполучення служби медсанітарних робітників

(Постанова Наркомпраці СРСР з 19 січня 1932 р.)

Ураховуючи нестачу кадрів медично-санітарних робітників Наркомпраці СРСР встановлює:
1. Дозволити лікарям і середньому медперсоналові сполучати служби в тій самій установі.
2. Роботу за сполученням, незалежно від того, чи виконують її в місці основної роботи, або в іншій установі, оплачують за фактичне число годин роботи одинарним розміром, виходячи з основної ставки робітника за сполучуваною роботою.
3. За збільшення годин роботи лікарів і середнього медперсоналу, що сталося з тимчасових причин (заступання відсутніх через хорість, відпустку, тимчасове відрядження, прогул тощо), оплачують, як за понадурочний час загальним порядком.
4. Оплачувати роботу за сполученням, як за понадурочну роботу, категорично забороняється.
5. Сполучення для молодшого персоналу не можна дозволяти і за переробіток треба оплачувати, як за понадурочний час.

Заст. Наркомпраці СРСР **Краваль**

(Бюлетень НКП УСРР № 3-4 за 1932 рік)

71. Про умови праці медичного персоналу на підземних пунктах першої допомоги

(Із постанови НКПраці СРСР з 14 лютого 1932 р, № 27)

1. На підземних пунктах першої допомоги тривалість робітного дня лікарів і середнього медичного персоналу встановлюється шість годин, а молодшого персоналу—сім годин.
За початок робітного дня вважається момент посадки в кліть підчас спуску, а за кінець—момент виходу з кліти за зворотнього під'йому.
2. Застосовувати до робітників підземних пунктів першої допомоги добові чергування, ненормований робітний день і помісячний облік робітного часу не дозволяється.
3. Не дозволяється застосовувати на підземних пунктах першої допомоги працю осіб, що їм не минуло 18 років.
4. Для всіх робітників підземних пунктів першої допомоги встановлюється додаткова відпустка тривалістю 12 робітних днів.

(„Известия" НКПраці СРСР 1932 р. № 7)

72. Про оплату лікарів-психофізіологів медсанцехів

До всіх облздоровввідділів

У зв'язку з тим, що на місцях виникають неясності щодо оплати лікарів—психофізіологів медсанцехів, НКОЗ роз'яснює, що цих робітників треба оплачувати, як промсанлікарів.

Підстава—постанова НКПраці УСРР № 131 з 26 серпня 1931 р. про оплату медробітників Профзахбюро (оголошено в Вістях НКП УСРР № 17 за 1931 рік стор. 13).

Наркомздоров'я—**Канторович**

(Об. розп. НКОЗ № 5242/4 з 21 березня 1932 р.)

ОЗДОРОВЛЕННЯ ПОБУТУ. ПРОТИЕПІДЕМІЧНІ ЗАХОДИ

73. Про термінові заходи в комунальному господарстві, скеровані на попередження розвитку черевного тифу *)

До всіх обласних, міських і районних комгоспів. До облздоровввідділів, міськ. та райздоровінспектур і міжрайсанстанцій

Загроза виникнення та розповсюдження навесні кишкових інфекцій зокрема черевного тифу, вимагає напруженої роботи, щоб поліпшити ті галузі комунального впорядкування, що від їхнього стану щільно залежить розвиток черевно-тифозних епідемій.

Це стосується до галузей: 1) водопостачання і 2) очистки залюднених місць.

НККГосп і НКОЗ пропонують додатково до раніше складених директив, перевести в цих галузях такі заходи:

*) Розіслано місцям 2 квітня 1932 р. *Ред.*

1. Водопостачання

1. Перевірити стан очисних споруджень водогонів, скласти акт на всі дефекти, що можуть відбитися на якості очистки води та вжити заходів, щоб усунути ці дефекти. Термін виконання 10 квітня.

2. Перевірити найбільш непевні ділянки мережі для попередження можливих проривів і забруднення в трубах.

3. Оглянути місця забору води (помпові станції по річках, каптажі, артезіянські щілини та усунути джерела існуючих або можливих майбутніх забруднень. Термін виконання 10 квітня.

4. По місцях розташування заборних споруджень, а також по садибах, де розташовані смокові, очисні та інші споріджеиня, перевести ретельну очистку та впорядкувати садиби.

5. Звернути особливу увагу на санітарне утримання відхідників, своєчасний вивіз нечистот, покидів і т. інш.

6. По всіх водогонах, що користуються непевними джерелами водопостачання (відкриті водоймища, підземні, але незадовільної санітарної якости джерела) встановити обов'язкове хлорування. Там, де нема хлораторів, встановити хлорування розчином хлорної вапни, там, де є хлоратори, теж встановити бачки для хлорної вапни, як запасний аґреґат на випадок псування хлораторів.

7. Перевірити запаси коагулянту й хлору і забезпечити безперебійне коагулювання і хлорування перш за все на період водопілля, а також і надалі.

8. Встановити систематичний хемічний і бактеріологічний контроль якости води, забираючи проби і безпосередньо після очисних споруджень, і в окремих контрольних пунктах мережі.

9. Забезпечити належний кваліфікований технічний догляд роботи водогону.

II. Очистка залюднених місць

1. За основне завдання в цій галузі поставити повне очищення місця навесні та додержування певного порядку очистки надалі.

2. У кожному залюдненому пункті міського типу урахувати загальний обсяг нечистот і сміття, що підлягає вивозу в період генеральної очистки міста навесні і на підставі цього визначити для всього міста контрольну цифру вивозу.

3. Розподілити це завдання поміж окремими районами та ділянками міста, встановивши й для них контрольні цифри вивозу.

4. В разі бракуватиме постійного транспорту для вивозу сміття й нечистот, притягти для цієї мети відомчий та приватний транспорт.

5. Усю кампанію генеральної чистки міста закінчити до кінця квітня 1932 року.

6. На виконання постанови РНК з 2 вересня 1931 р. і неодноразових розпоряджень від НК КГ і НКОЗ, негайно розпочати ліквідацію звалок і влаштувати поля асенізації і закінчити відвід місця та підготовку ділянки до 1 травня 1932 р.

7. Скінчивши генеральну кампанію очистки, забезпечити надалі регулярний вивіз нечистот і покидів і прибирання майданів і вулиць.

8. З цього приводу видати обов'язкову постанову, що зобов'язувала б всі домоуправління та установи регулярно вивозити нечистоти і тримати чисто прилеглі ділянки, вулиці та пішоходи.

Прибирання майданів, центральних магістралей вуличного руху й ринків — забезпечується силами комгоспу.

1. Встановити та зафіксувати постанови президій міськрад і РВК'ів, або Надзвич. коміс. осіб, що, відповідають за переведення до життя цієї постанови.

2. На підставі вказівок цього листа скласти конкретні місцеві пляни роботи та реалізувати їх на певно визначені календарні терміни.

3. Організувати робітничі бригади для перевірки виконання.

4. Усю роботу провадити, як ударне завдання на виконання директивних постанов РНК УСРР з 2 вересня 1931 р., — закону про санітарний мінімум та інші.

5. У всіх випадках порушень санітарного характеру, або недбайливого ставлення урядових осіб до вимог санітарного характеру притягати винних до дисциплінарної адміністративної, або судової відповідальности.

6. Про перебіг виконання цього треба повідомити НККГ і НКОЗ не пізніш, як 10 квітня 1932 р.

Від НК Комгосп'у — **Косило** Заст. Наркомздоров'я — **Кустелян**

(Об. розп. НКОЗ та НККГ з 1 квітня 1932 р. № 291 - 01).

74. Про боротьбу з мухами, що розповсюджують шл нково-кишкові захорування

До всіх облздоровідділів, райміськздоровінспектур Донбасу, НКОЗ АМСРР, ЦК УЧХ, МСУ новобудівель, Медсансектора Уповнаркомшляхів, всіх дорсанвідділів залізниць, водсанупрів, облвідділів наросвіти, райміськвідділів Наросвіти Донбасу

З наближенням літнього часу є загроза виникнення ково-кишкових захорувань і можливість їхнього розповсюдження:

Зважаючи на те, що в розповсюдженні інфекційних шлункових і кишкових захорувань мухи відограють величезну ролю, боротьба з мухами є один з найактуальніших засобів боротьби з цими захоруваннями.

До боротьби з мухами треба притягти всю громадськість, зокрема школу.

Школа повинна мати свій виховний вплив, і на самих школярів, і на підприємства та колгоспи, над якими школа бере шефство підчас виробничої практики.

У школі до цієї роботи треба притягати і самих школярів, пасамперед Ю. П.. і вихователів, що повинні читати лекції на підшефних підприємствах.

Форми участи школярів у боротьбі з мухами

1. Напередодні дня боротьби з мухами шкільний лікар складає доповідь „Про значення мух в розповсюдженні кишкових захорувань та про форми боротьби з ними".

2. Сансектор (за участю шкільного лікаря) утворює в кожній групі бриґаду для боротьби з мухами.

3. Обов'язки цієї бриґади — організація боротьби з мухами вдома у кожного школяра цієї групи та перевірка цієї роботи.

4. Кожний школяр у себе вдома повинен перевірити санітарний стан вигребних ям, відхідників, ящиків для сміття та простежити, що робиться, щоб боротися з розповсюдженням мух (заливання хлорною вапною). Про наслідки огляду школяр доповідає бриґаді.

5. У себе вдома школяр стежить, щоб їжа була щільно накрита марлею та покришками, щоб рештки їжі викидались в щільно закритий ящик, щоб гарно витирали стіл, щоб купували мухоловки та отрути для мух (формалін). Про зроблену роботу та її наслідки він повідомляє бриґаду.

6. Звіти про виконану роботу та інструкції до дальшої роботи обговорюються на періодичних зборах групи, що скликає бриґада.

7. За санітарним станом школи наглядає під керівництвом шкільного лікаря, сансектор, який віддає особливу увагу місцям громадського користування, їдальням та кухні.

8. Від адміністрації школи сансектор повинен вимагати:

а) придбати достатню кількість марлі для завішування вікон їдальні та кухні;

б) обов'язково заливати дворові сховища покидьків (вбиральні, сміттьові скриньки, помийні ями і т. інш.); хлорною вапною, якої повинно бути досить;

в) придбати достатню кількість липучого паперу та мушиних отрут (формаліну).

9. За організацію та запровадження боротьби з мухами та саносвітню роботу відповідає завідатель школи.

10. По дитячих літніх оздоровних установах (дитячі колонії, піонер. табори, санаторії, дитячі майданчики) роботу провадять тим самим пляном, причому організуючи дитячі гуртки самодіяльности по оздоровних установах, треба організувати також гурток боротьби з мухами.

11. Підчас роботи на підприємстві школярів включають до бриґад, що ведуть боротьбу з мухами на підприємствах і колгоспах.

Заст. НКОсвіти **Карпенко**

Заст. Наркома охорони здоров'я **Кустелян.**

(Об. розп. НКО та НКОЗ з 5 квітня 1932 р. № 45-33)

Плян боротьби з мухами

1. Для боротьби з мухами при Центральній надзвичайній санітарній комісії по боротьбі з епідеміями організується підкомісія по боротьбі з мухами, під загальним керівництвом Укрдезбюра.

До складу підкомісії включити представників: протозойного інституту, Тсоавіохему та УЧХ. Підкомісія притягує до своєї роботи в разі потреби всі заціклавлені організації.

2. Підкомісія організує й керує всією роботою з боротьби з мухами у всеукраїнському маштабі; насамперед — в Донбасі та промислових центрах, здійснює постійний зв'язок з периферійними підкомісіями, плянує їхню роботу, інструктує та контролює їх.

3. Для боротьби з мухами при надзвичайних санітарних комісіях облздоровідділів, МЗІ, РЗІ, МСУ новобудівель, дорсанвідділів залізниць та водсанупрів також організуються підкомісії за структурою всеукраїнської.

4. Для безпосередньої боротьби з мухами підкомісії на місцях організують по рудоуправах, заводоуправах, заводах, радгоспах, МТС, колгоспах, фабриках-кухнях, молочних фермах, їдаль-

нях, гуртожитках, лікустановах, школах, дитячих установах — і т. інш. осередки боротьби з мухами з представників адміністрації, медико-санітарної організації, партійної та професійної громадськости й місцевого активу.

5. Підкомісії мають за обов'язок організувати осередки, складати загальні пляни роботи, забезпечувати осередки потрібним інструктажем, постачати їм відповідну літературу, наглядати і контролювати їхню роботу, сприяти постачанню потрібних засобів боротьби з мухами і давати періодичні звіти про свою роботу вищим організаціям і місцевій суспільности.

6. Осередок провадить роботу в найщільнішому контакті з Товариством оздоровлення праці та побуту.

Осередок виділяє бриґади, провадить з ними за допомогою відповідних спеціялістів інструктивні наради, розподіляє їх за терітеріяльними ділянками, прикріплює до певних об'єктів, контролює їхню роботу, сприяє реалізації вимог від госпорганів або окремих осіб, провадить широку пропаґанду боротьби з мухами, підтримує безпосередній зв'язок з підкомісією.

7. До функції робітничої бриґади активу належить таке:

А. Саносвітробота

Пропаґувати боротьбу з мухами, ознайомлювати людність з життям мух та їхній санітарно-епідеміологічним значенням, втягувати 100% школярів до роботи боротьби з мухами, провадити серед груп працюючих лекції й бесіди про мух.

Роботу провадять постійно, особливо інтенсивно влітку і восени. Навесні бриґади проводять день боротьби з мухою, особливо енерґійно вживають профілактичних заходів і знищують мух, які вже появилися.

Бриґади ставлять мушині спектаклі, випускають мушині листівки, розповсюджують літературу про мух.

Бриґади влаштовують червону та чорну дошку, де оголошується про досягнення й про зривників боротьби з мухами. Влітку бриґади орґанізують другий мушиний день, а восени третій, даючи в листівках, діяграмах та інш. картину проведеної роботи й перспективи дальшої роботи.

Бриґади провадять змагання між окремими установами, бараками, гуртожитками, окремими дворами, колгоспами, залюдненими пунктами та інш.

Б. Інструкторсько-консультативна робота

До цього належить: конструювати на будівництвах неприступні для мух гноєсховища, відхідники, скрині для сміття, помийні ями; давати вказівки, як влаштовувати спеціяльні пастки для хробачків (личинок) мух, як вживати того або іншого засобу проти мух, як чистити відхідники, стайні та інш., як боротися з мухами по їдальнях та інших місцях громадського харчування, коморах харчових продуктів, різницях, ринках, тобто щодо участи в роботі саннагляду в галузі боротьби з мухами.

В. Сигнальна робота

У разі виникнуть поодинокі шлунково-кишкові захорування серед людей, бриґади негайно повідомляють про це санорганізацію, притягують відповідні установи та господарства до термінового проведення санітарних заходів на місці захорування, або навколо нього, до очистки двору від усякого бруду, зокрема гною, до перебудування або збудування вбиралень та інш. Крім цього, бриґада може брати безпосередню участь у роботі санорганізації в даному випадкові.

8. Бриґади в своїй роботі широко вживають методи соцзмагання та ударництва.

9. Бриґади працюють цілий рік, восени та взимку розроблюють звітний матеріял та провадять підготовку до роботи майбутнього року. Їхня робота належить до комплексу оздоровних заходів, що провадяться в даному пункті та є частина санітарного мінімуму.

10. Робота боротьби з мухами оголошується за ударну.

75. Про унешкодження нечистот

До всіх обл., міськ. і райздоровінспектур

На додаток до раніше складених розпоряджень Наркомздоров'я знову пропонує невпинно домагатися від місцевих комунальних органів, щоб реорганізували вони справу унешкодження нечистот і сміття через влаштування полей асенізації та сільсько-господарчого використання цих полей.

До цього додається інструкція, якою треба керуватися підчас організації ланів асенізації.

Наркомздоров'я **Канторович.**

Кер. Комун. групи **Жаботинський.**

(Об. розп. НКОЗ з 15 квітня 1932 р. № 29091)

Затверджую:
Заст. НКЗдоров'я **Саратіков**
25 лютого 1932 р.

ІНСТРУКЦІЯ,

як організувати поля асенізації по містах і робітничих селищах України

1. Поля асенізації повинні служити для раціональної організації унешкодження рідких нечистот та сухого сміття ґрунтовним методом, за допомогою аеробних процесів мінералізації органічних речовин.

2. Розпочинаючи організацію полей асенізації, комунальні органи складають проєкта та кошторис, порозумівшись із місцевим органом санітарного нагляду.

3. Місця під поля асенізації відводять комунальні органи з дозволу місцевого санітарного нагляду, за участю робітників технічної та агрономічної компетенції.

4. Вимоги, що їх треба скласти до земельної ділянки для полей асенізації, повинні бути такі:

а) місце повинно бути відкрите для соняшного проміння;

б) воно повинно бути сухе, не забагнене;

в) щоб не мало воно різких ухилів;

г) щоб було зручно для заорювання;

д) щоб не сполучалося водовідводною мережою з водоймищами громадського користування;

е) щоб було від межі міської забудови на відстані не блнжче, як 250 метрів та не далі за 3 — 4 кілометри від неї;

ж) осторонь від установ масового відпочинку та розваги;

з) ділянка повинна мати ґрунт більш-менш проникливий для повітря та води; торфяні та солонцюваті ґрунти непридатні для полів асенізації;

і) ділянки повинна бути розташована поза напрямком панівних вітрів.

5. Комунальні органи в своєму пляні забезпечують належний стан та експлуатацію полів асенізації відповідними щорічними асигнуваннями, а також технічним наглядом за станом полей, під'їзних шляхів, освітлення тощо.

6. Складаючи проєкт полей, треба в основу розрахунків покласти таке:

а) кількість людности в місті або селищі:

б) норми кількости нечистот та покидів (Центральна Сан. Тех. Рада схвалила 0,43 куб. метр. рідких нечистот на 1 челов. на рік, що дорівнює одній 40 ведерній бочці на рік з кожного жителя, сухих покидів 190 кіло, або 0,4 куб. метра на 1 чолов. на рік).

в) характер місцевого ґрунту, зокрема його проникливість та більшу або меншу здатність перероблювати органічні речовини.

г) перспективи зростання людности в місті або селищі на найближчі роки.

7. У справі обладнання полей асенізації треба пляном передбачити:

а) брукування шляху для проїзду від міста або селища до полей асенізації, а також забезпечення проїзду самим полем асенізації:

б) навколо поля треба зробити канави та вал, щоб попередити зливання забруднених вод на сусідні дільниці та до водоймища;

в) на полі треба поставити потрібну кількість лихтарів для освітлення.

8. Розмір ділянок під поля асенізації треба визначити, виходячи з норм Центральної Сан. Тех. Ради УСРР *), а саме: 500 літрів (одна 40 від. бочка) на 5 квадр. метрів, або 2000 бочок (1000 куб. м.) на один гектар.

Деякі відступлення від цієї загальної норми можливі залежно від більшої або меншої проникливости ґрунту та його здатности переробл̇ювати органічні речовини.

9. Пляном треба передбачити розподіл поля на 4 ділянки: дві літні, одну зимову та одну запасну.

Виходячи з норми площі поля 1 га на 1000 чол. людности або на 1 чолов. 10 квадр. метрів, треба, розраховуючи окремі ділянки, додержуватись такого розподілу:

1 літня	ділянка	2	квадр.	метри на	1	мешканця
2 „	„	2	„	„ „	1	„
Зимова	„	5	„	„ „	1	„
Запасна	„	1	„	„ „	1	„
Разом		10	квадр.	метр. на	1	мешканця

10. Порядок використання ділянок треба передбачити такий:

Щорічно заповнюється одна літня ділянка;

На майбутнє літо цю ділянку експлуатують під культури, а другу літню заповнюють.

*) Бюлетень НКОЗ 1927 р. № 21-22, Зб. Узак. УСРР 1927 р. II від. № 33-34.

Перед заповненням ділянку розподіляють на такі дрібні ділянки, щоб їх було зручно заповнювати та переорювати.

Ці ділянки визначають віхами з номерами, щоб видно було черговість заповнення.

11. За декілька днів перед заповненням ділянку заорюють завглибки на 12—15 сантиметрів. Підчас заповнення треба стежити, щоб нечистоти розливалися рівномірно по всій площі призначеної для цього ділянки.

Після заповнення нечистотами ділянку негайно переорюють, збільшуючи глибину оранки до 20—35 сантиметрів та заволочують бороною.

Протягом всього теплого сезону на літньому полі заповнення нечистотами повторюють через кожні $1^1/_2$ — 2 місяці, залежно від місцевих умов, разом не більш 4 разів за сезон; більшу частину заливань треба зосереджувати на літо; повторювати заливання після повного просихання залитої дільниці.

12. Зимове поле на кінець осени заорюють та протягом зими завантажують; весною його переорюють та використовують під сільсько господарські культури.

Запасне поле заорюють з осени та використовують для заливання, коли вже заповнено зимове поле та ще не почало функціонувати літнє поле.

13. На другий рік літнє поле, що засівалось, весною заорюють та засівають.

Згідно з висновком інституту рослинництва та ґрунтознавства, культивувати на полях асенізації можна: на півночі України овес, на півдні - ячмень, а також лікувальні рослини.

Для використання полів асенізації під городину потрібно додаткове зрошення.

З городніх культур на полях асенізації можна культивувати капусту.

14. Щоб запровадити на полях асенізації багаторічну сівозміну, треба складаючи плян, відповідно збільшити розмір площі участку.

Питання про вибір культур для експлоатації на полях асенізації вирішується детальніше на місці з аґрономами.

15. Для унешкодження сміття відводять окрему ділянку землі.

16. Поле для сміття розподіляється на дві ділянки, що їх експлоатують поперемінно-першого року засипають сміттям, на другий рік експлуатують сільсько-господарськими культурами. На третій рік цю ділянку знову переорюють та завантажують сміттям.

Для зимового завантаження виділяють частину дільниці, що її після осіннього заорювання засипають протягом зими та переорюють весною, коли починається оранка.

17. Розмір ділянок для сміття треба розраховувати, виходячи в основному з норм Центральної Сан. Тех. Ради, а саме: товщина насипаного на полі шару сміття повинна бути за весь теплий сезон, пересічно 0,3 метр. Засипання треба провадити 2 — 3 рази за сезон весна — літо, кожен раз шаром завтовшки близько 10 сантиметрів. Пересічна площа потрібна для 10 куб. метр. сміття (або 30 возів) повинна дорівнювати 25 — 30 квадр. метр. Відступи від цієї норми можливі залежно від місцевих умов ґрунту тощо.

18. За декілька днів до засипання сміття землю орють завглибшки 12 — 15 сантиметрів. Після засипання цієї дільниці рівним шаром сміття її знову переорюють, більшуючи глибину до 20—25 сантиметрів та заволочують бороною.

19. Навкруги всього поля асенізації треба зробити зелені насадження.

20. За правильним і рівномірним виливанням нечистот та висипанням сміття встановлюється суворий контроль. Для цього доручають вартовому видавати квиток за кожну вилиту бочку. Візники одержують платню за кожну бочку тільки за квитками вартового. Квитки видаються лише в разі належного вивантаження нечистот або сміття.

21. Місцевий санітарний нагляд повинен проводити систематичний контроль щодо режиму експлуатації полей. Припинення експлуатації одних ділянок полів та перехід до експлуатації інших повинен кожного разу провадитись з висновку санітарного нагляду.

76. Про дальший порядок виготовлення бактерійних препаратів

(Розпорядження Наркома охорони здоров'я тов. Канторовіча з 20 березня 1932 р.)

Щоби поліпшити справу виготовлення бактерійних препаратів та запобігти можливості постачання хворим недоброякісною продукцією, пропоную:

1) Припинити виготування яких би то не було бактерійних препаратів та стерильного молока для протеїно-терапії по всіх лікпрофустановах охорони здоров'я за винятком зазначених в окремому списку,

Примітка 1. Бактеріологічні лябораторії мають право з попереднього дозволу відповідного санбакінституту організувати в себе виготування автовакцини.

2) Право на виготовлення різних бактерійних препаратів та стерильного молока для потреб УСРР залишити лише за санітарно-бактеріологічними інститутами НКОЗ.

Примітка 2. Венінститутам УРР дозволити виготовляти авто та гоновакцин з попереднього дозволу відповідного санбакінституту.

3) Виробничому сектору спільно із сектором науки та лікпрофгрупою розробити відповідну нструкцію.

4) Цей наказ та інструкцію оголосити в бюлетені НКОЗ.

Наркомздоров'я УСРР **Канторовіч.**

Затверджую.
Наркомздоров'я С. Канторович
1 Лютого 1932 р.

77. УСТАВА

Про державні міжрайонні санітарні станції

1. Державні міжрайонні санітарні станції мають за мету: керувати санітарно-епідемічною діяльністю районних санітарних станцій і сан. епідперсоналу районів, вживаючи заходів до попередження та ліквідації епідемій, обслуговувати соцсектор села кваліфікованою санітарною допомогою і провадити санітарний догляд у випадках, що мають республіканське або міжрайонове значення.

2. Відповідно до цих завдань на міжрайононі санітарної станції покладається:

а) Пляново об'єднувати протиепідемічну та санітарну роботу в районах;

б) Сприяти районам в справі організації в них санітарно-бактеріологічних лябораторій, санітарних станцій, дезустановок і т. інш.

в) За повідомленнями з районів стежити за рухом інфекційних захворувань та своєчасно через райстанції, районний медсанперсонал вживати заходів до попередження та ліквідації епідемій;

г) Провадити обслідування вогнищ пошесних захворувань;

д) Керувати масовими санітарними і протиепідемічними заходами в районах;

е) Надавати районам кваліфіковану допомогу в галузі боротьби з епідеміями, комунальній, житловій і харчовій санітарії, санітарної техніки, лябораторних досліджень;

к) Інспектувати райони в галузі санітарно-епідемічної роботи;

з) Обслуговувати кваліфікованою санітарно-епідемічною допомогою найважливіші об'єкти соцсектору села, радгоспи, МТС і інш.:

і) Здійснювати санітарний догляд у випадках, що мають республіканське або міжрайонове значення; будівництво великих підприємств і селищ, охорона річок, нагляд за спадними водами, контроль за водогонами і т. інш.;

к) Провадити найбільш відповідальні або контрольні бактеріологічні, серологічні та хемічні аналізи;

л) Виконувати окремі доручення НКОЗ або облздоровідділів в галузі санітарної та протиепідемічної.

3. Міжрайонові санітарні станції оперативно підпорядковані облздоровідділами тих областей, на території яких розташовано МРСС.

Безпосередньо Наркомздоров'я, його сектору оздоровлення залюднених місць та побуту, оперативно підпорядковуються такі міжрайонові санітарні станції: Артемівська, Сталінська, Луганська і Маріюпільська.

Примітка: На період організації і зміцнення областей, наперед до окремого розпорядження, всі міжрайонові санітарні станції мусять працювати під безпосереднім оперативним керівництвом і Наркомздоров'я, і облздоровroutines відділів.

4. Міжрайонові санітарні станції відповідають перед Наркомздоров'я та відповідними облздоровввідділами:

а) За своєчасне і правильне проведення в районах заходів, скерованих на попередження епідемії і ліквідації епідемічних вибухів;

б) За правильну постановку в районах санітарного нагляду і санітарного обслуговування трудящих, насамперед, у провідних галузях народнього господарства;

в) За правильну постановку в районах санітарно-бактеріологічних досліджень.

5. Виконуючи свої завдання, міжрайонові санітарні станції мають право:

а) Вимагати від районів подання потрібних відомостей епідемічного і санітарного характеру; термінові повідомлення про гостро заразливі захворування, пляни робіт, відчити про діяльність, доповіді тощо:

б) Давати вказівки й розпорядження районам санітарно-епідемічною лінією, причому ці вказівки й розпорядження обов'язкові для районів, які можуть їх оскаржити лише через Наркомздоров'я;

в) Безпосередньо зв'язуватися з Наркомздоров'я та облздоровввідділами, науково-дослідчими і науково-практичними інститутами;

г) Давати завдання райсанстанціям, санбаклябораторіям.

д) Інспектувати й контролювати діяльність всіх санітарно-епідемічних установ районів і всього медично-санітарного персоналу, який провадить санітарну і протиепідемічну роботу;

е) Порядком санітарного нагляду подавати вимоги й притягати до адміністративної та судової відповідальности, установи, організації та осіб, винних в порушенні санітарного законодавства, місцевих обов'язкових санітарних постанов і розповсюджень органів охорони здоров'я.

6. Міжрайонові санітарні станції підпорядковуються:

а) З адміністративного боку міськрадам і РВК'ам тих міст або районів, на території яких вони розташовані;

б) В галузі оперативної роботи Наркомздоров'я УСРР, по сектору оздоровлення залюднених місць та побуту та відповідним облздоровввідділам;

в) В галузі науково-методологічний — відповідним науковим Інститутам НКОЗ УСРР: санітарно-бактеріологічним, комунальної гігієни, харчування.

Примітка: Міськ. та райздоровінспектури тих міст районів, на території яких міжрайсанстанції розташовано, щодо останніх мають право: доглядати та обслідувати їхню роботу з повідомленням своїх висновків НКОЗ та відповідним облздоровввідділам, заслуховувати доповіді про роботу станцій і т. інше.

7. Завідування міжрайоновою станцією покладається на окремого лікаря і тільки в окремих випадках з дозволу НКОЗ або облздоровввідділів на завідателя санбаклябораторії.

8. Кандидатуру завідувача міжрайсанстанції висуває місцева рай. або міськздоровінспектури і затверджує Наркомздоров'я УСРР або відповідн. облздравввідділи.

Звільняє звідувача міжрайсанстанції Наркомздоров'я або облздоровввідділ безпосередньо або за мотивованою заявою місцевої здоровінспектури.

9. Міжрайонові санітарні станції складаються з двох відділів: епідеміологічного та санітарного.

До складу епідеміологічного відділу належать:

а) епідбюро: епідеміологи та їхні помічники.

б) бактеріологічна ляборатория.

в) дезбриґада: дезінструктор, дезінфектор, санітар з потрібним обладнуванням, дезкамерами та лазнево-пральною установкою.

г) склеп епідеміологічного інвентаря.

До складу санітарного відділу входять:

а) Санітарне бюро: загально-санітарний лікар, житлово-комунальний лікар, санітарно-харчовий лікар, їх сан. помішники,

5) Санітарно-гігієнічна ляборатория.

Увага: Кількість санітарних лікарів та іншого персоналу залежить від обсягу роботи санстанцій.

10. Для проробки науково-практичних питань при міжрайоновій станції працює постійна рада станції в складі завідателів відділів станції та інших відповідальних робітників станції.

11. Для обговорення пляну робіт станції та пов'язування санітарних та епідемічних заходів в районах при станції періодично скликаються наради з районових медсанробітників і представників професійних, громадських та інших організацій.

12. Пляни робіт міжрайонових станцій складаються на базі відповідних районних плянів санепідроботи і остаточно затверджуються Наркомздоров'я або відповідн. облздоровввідділами.

13. Там, де немає спеціяльної міської санбакляборатории, міжрайонова санітарна станція обслуговує ляборатoрними аналізами також і місто; міська-ж санітарна організація до складу міжрайонової санітарної станції не входить.

14. Бюджет міжрайонових санітарних станцій екладається з:

б) асиґнування за місцевим бюджетом,

б) дотацій Наркомздоров'я та облздоровввідділу на республіканську та міжрайонову протиепідемічну і санітарну діяльність міжрайсанстанцій,

в) спецкошти від платніх аналізів, робіт по завданнях госпорганів.

15. Крім грошових дотацій, Наркомздоров'я та облздоровввідділи передають міжрайсанстанціям в їх розпорядження для обслуговування районів боротьби з епідеміями — інвентар, дезкамери і деззасоби, мило, вакцини — тощо.

Затверд. на засіданні президії ЦК т-ва 19 березня 1932 р.

78. ПОЛОЖЕННЯ

про обласні організаційні комітети Всеукраїнського Т-ва „Оздоровлення праці та побуту“

Щоб підготовити й запровадити в життя всі питання, зв'язані з утриманням на Україні обласних Комітетів Всеукраїнського Т-ва „Оздоровлення праці та побуту“ та щоб здійснити загальне та оперативне керівництво районовими організаціями Т-ва до скликання обласних з'їздів Т-ва,— утворюється обласні організаційні комітети.

1) Обласні організаційні комітети складаються не менш, як з 5 осіб, особистий склад комітетів затверджує Президія Центрального Комітету Т-ва.

2) Обласні організаційні комітети підпорядковуються безпосередньо Центральному Комітетові Т-ва.

3) Всі постанови обласних організаційних комітетів є обов'язкові для районових та міських філій Т-ва, що є на території області.

4) На обласні організаційні комітети покладається:

а) Розглядати та затверджувати пляни робіт районових та міських філій Т-ва, що є на території області.

б) Складати обласний бюджет Т-ва та давати директиви міським та райкомітетам Т-ва. що до складання їхніх бюджетів.

в) Провадити підготовну роботу до скликання обласного з'їзду Т-ва.

Увага. Реченці скликання обласних з'їздів визначає Президія Центрального Комітету Т-ва.

г) Розглядати решту питань господарчого, організаційного та культурного чину, зв'язаних з утворенням області.

5) Для здійснення завдань, покладених на обласні організаційні комітети, їм надається право:

а) Вимагати від всіх районових та міських комітетів, що чинять на території області всі потрібні відомости та матеріяли.

б) Викликати для доповіді та для спільного розгляду й погодження питань, що належать до обсягу віддання обласних орзанізаційних комітетів, представників міських та районових філій, що чинять на території області.

в) Подавати до урядових обласних організацій різні питання, зв'язані з роботою Обласного Організаційного К-та.

6) До скликання обласних з'їздів Т-ва та утворення обласних комітетів Т-ва, обласні організаційні комітети здійснюють загальне та оперативне керівництво роботою районових і міських філій Т-ва оздоровлення праці та побуту на території області.

7) До утворення обласних комітетів апарат обласних організаційних комітетів Т-ва має звільненого відповідального секретаря, 2 роз'їзних інструкторів та технічного робітника канцелярії

Утримання апарату оргкомітету, а також всі інші витрати оргкомітету провадяться за кошторисом, затвердженим від ЦК і з тих коштів, що їх відпускає ЦК Т-ва та з інших надходжень, що їх одержує оргкомітет порядком дотації та спеціяльних асигнувань.

ОХМАТДИТ

79. Про переведення місячника літніх оздоровних заходів серед дітей та підлітків

(*Витяг з протоколу № 35-520 засідання Секретаріяту Всеукраїнського Центрального Виконавчого комітету з 26 березня 1932 року*).

6. 1. Щоб притягнути широкі кола робітництва та колгоспного селянства до громадської і матеріяльної участи в переведенні дільних оздоровчих заходів серед дитинства, дозволити Наркомздоров'я УСРР провести з 1 травня до 1 червня 1932 р. місячник літніх оздоровних заходів серед дітей та підлітків.

2. На посилення матеріяльної бази літньої оздоровної кампанії дозволити Облоргкомітетам та РВК і міськрадам Донбасу здійснити такі заходи:

а) масові доброхітні збирання коштів за підписними листами та карнавковий збір;

б) влаштування концертів, вистав, кіно-сеансів та інших видовищ на користь дитячої оздоровної кампанії;

3. Встановити на час місячника оздоровної кампанії такі додаткові надвишки:

а) на квитки до постійних театрів, цирків та інших видовищних підприємств, крім квитків до кіна, а також до прилюдних перегонів та скачок розміром 10% вартости квитка;

б) на рахунки ресторанів і буфетів, що продають спиртні напої після 8 год вечора — 10%.
в) на вартість всіх операцій в перукарнях (крім стриження, гоління та миття голови) — 10%.
4. Вважати за потрібне, крім зазначених заходів, перевести також льотерею на користь літньої оздоровної кампанії дитинства та просити НКФ СРСР дати дозвіл її перевести підчас місячника в усіх містах і районових центрах УСРР.

Від редакції: Відповідні вказівки про місячник Наркомздоров'я розіслав місцям ще в квітні міс. Ред.

Затверджено від Центр. Надзвич. Комісії в справі боротьби з епідеміями 27 березня 1932 року.

83. ІНСТРУКЦІЯ,

як боротися з літніми шлунково-кишковими захоруваннями серед дітей

Не зважаючи на значне зменшення дитячої смертности, що є наслідком всіх заходів, вжитих від радянської влади в галузі охорони материнства та дитинства, смертність від літніх шлунково-кишкових захорувань забирає ще досить значне місце серед причин дитячої смертности, зокрема серед дітей немовлят.

Мережа дитячих установ, консультацій та ясел значно посилилась. Ось чому боротьба з літніми кишково-шлунковими захоруваннями серед дітей повинна зосередити на собі увагу всіх робітників охматдиту і всіх медсанробітників. Усю роботу щодо боротьби з літніми кишково-шлунковими захоруваннями треба провадити в таких галузях:

I. Саносвітня робота

а) Широку саносвітню роботу треба розгорнути не лише по установах, але також і на виробництві, по колгоспах, комунах, МТС, житлокоопах, загальних жіночих зборах тощо.

б) Висвітлювати питання боротьби з дитячими шлунково-кишковими захоруваннями в місцевій пресі, радіо тощо.

в) По дитконсультаціях та яслах ознайомлювати персонал та всіх матерів, що відвідують ці установи, з правилами гігієнічного догляду дітей, правильного годування дітей, зберігання харчових продуктів, зокрема молока та молошних мішанок.

г) З наближенням літнього періоду треба утворити години гігієнічної консультації по підприємствах, по цехах, в яких підчас перерви лікарі-педіятри повинні переводити саносвітню роботу, даючи поради щодо виховування дітей та догляду їх.

д) По комунах, житлокоопах, радгоспах та колгоспах організуються гуртки для матерів.

II. Профілактичні заходи боротьби з літніми проносами

а) Максимально використовувати оздоровчі природні літні фактори, для чого організовувати майдани для дітей-немовлят з молочними кухнями при консультаціях.

б) Обстоювати, щоб матері не вживали пригодовування до 5 місяців, якщо немає важливих показників до цього.

в) Практикувати мішане харчування дітей до 1 року.

г) Широко організовувати примітивні молошні кухні при кожній консультації, по великих колгоспах, радгоспах і МТС.

д) Вживати концентровані перлові слизові відвари.

е) Встановлювати систематичний медогляд та контроль за молочарським господарством району, а на місцях за тим, як зберігають молоко; провадити по консультаціях та яслах проби молока на кислотність.

ж) Організовувати зливні пункти жіночого молока при яслах, консультаціях, пологових будинках, пологових відділах загальних лікарень, по медсанцехах на самому підприємстві.

з) Педантично виконувати санмінімум, встановлений для дитячих установ, борючись із мухами в приміщеннях.

и) Своєчасно ізолювати хворих дітей та дезінфекувати випорожнення й білизну.

к) Провадити лябораторні дослідження всіх шлунково-кишкових захорувань серед дітей.

л) Імунізувати дітей пер ос протидезінтерійною полівалентною вакциною.

III. Шпиталізація дітей

Для шпиталізації хворих дітей виділити по всіх соматичних лікарнях 10% всіх ліжок, а в сільських лікарнях і промрайонах — 20% ліжок.

а) Виділені ліжка треба організовувати в спеціяльні дитячі відділки або кімнати.

б) Ці відділки або кімнати треба забезпечити спеціяльним обладнанням та персоналом.

Увага. Персонал лікарень повинен знатися на догляді хворих дітей, діставши потрібних знань на короткотермінових семінарах; для переведення останніх треба притягнути лікарів педіятрів, використовуючи в першу чергу для роботи середнього персоналу тих осіб, що працюють по дитячих установах.

в) До стаціонарів треба напрямлювати насамперед дітей, що перебувають в дитячому колективі, зокрема тих колективів, в яких нема спеціяльно відокремленого ізолятора.

г) Дитячі відділки повинні в своїй роботі щільно пов'язуватися з дитячими консультаціями та зокрема з молочними кухнями.

д) Годування хворих дітей, зокрема немовлят, повинно переводитись мішанками з молочних кухонь там, де вони є.

Надаючи велике значення своєчасній організації боротьби за зменшення шлунково-кишкових захворувань серед дітей — треба обов'язково своєчасно розпочати запровадження цієї роботи, треба уже тепер скласти певний плян, ураховуючи тут всі можливості та правильний розподіл всіх робітників.

Підготовну роботу треба розпочати не пізніше 1 квітня.

Всі накреслені пляни треба подати до Центральної надзвичайної комісії.

81. Про нові форми роботи консультації охматдиту

До всіх облздороввідділів, до РЗІ районів Донбасу, до міськздоровінспектур та райздоровінспектур. Копії: до НКОЗ АМСРР, МСУ нових будівництв, до медсансектору Уповнаркомшляхів, до сектору водного транспорту НКОЗ

Не зважаючи на те, що Наркомздоров'я неодноразово складав вказівки про потребу втілити в усю роботу Охматдиту шість вказівок тов. Сталіна, в роботі майже всіх консультацій ще й досі панує знеосібка. Остання почувається в тім, що досі консультації обслуговують дитяче населення взагалі, не надаючи будь-якої переваги справі обслуговування дітей робітників основних видів промисловости; так само й патронаж вдома провадиться теж не за ознакою переважного обслуговування певних груп. Зовсім не налагоджено справи обслуговування дітей сумішками з молочної кухні тощо.

Проте, перехід на нові форми консультації, а про це НКОЗ неодноразово зазначав, на цей час набуває особливого значення, в зв'язку з переходом всієї роботи консультацій на нові диспансерні форми. Отже, НКОЗ востаннє пропонує переглянути роботу всіх консультацій, для чого провести огляд так, щоб робітники одних консультацій за участю представників громадськости, здійснювали огляд інших консультацій, а наслідки щоб обмірковувалися на зборах всіх робітників консультацій — і лікарів, і сестер — за участю суспільности.

Треба вже тепер віддати особливу увагу зв'язкові консультацій із пологовими відділками та пологовими будинками, встановивши з ними обмінну картку. Треба встановити щільніший зв'язок консультацій з яслами, взявши на активну диспансеризацію все організоване дитинство ясел і дитсадків. Треба кінець-кінцем налагодити обслуговування дітей вдома, розподіливши роботу лікарів консультацій так, щоб дійсно забезпечити не лише амбуляторну допомогу, але також і лікдопомогу вдома.

Отже, щоб провести всю цю роботу, Наркомздоров'я дає термін один місяць, після чого треба подати відомості про виконання.

Член Колегії НКОЗ — Керівник медпрофсектора **Туркельтауб**

Заст. Керівника групи ОХМД **Федотова**

(Об. розп. НКОЗ з' 2 квітня 1932 року № 210-31)

82. Про відбір дітей до санаторіїв і курортів

До всіх облздороввідділів, районних і міських здоровінспектур, копії—НКОЗ АМСРР, новобудів, медсансектору Уповнаркошляхів

Значне зростання кількости дитячих курортів та санаторій вимагає особливої уваги до справи правильного відбору дітей, щоб направити їх до спеціяльних лікувально-профілактичних установ.

Проте, досвід минулих років яскраво довів, що на місцях зовсім не приділяється уваги правильному відбору дітей, в наслідок чого є потреба повертати дітей додому, або трапляється занесення до дитячих установ деяких інфекційних захорувань, що примушує робити карантин в установі та припиняти прийом нових дітей.

Ось чому, розподіляючи місця на курортах, слід приділити належну увагу відбору, провадити його своєчасно і перед відрядженням дітей на курорти обов'язково знов робити медогляд їх.

Для того, щоб відбір провадити правильно, треба вже тепер організувати спеціяльні дитячі відбірні комісії при диспансерах ОЗДП там, де вони є, при дитячих відділках тубдиспансерів, або при дитячих кабінетах загальних поліклінік.

Склад відбірних комісій повинен бути такий; представник інспектури охматдиту, лікар-педіятр, представник міськ або райпрофради та КСМ.

Треба обов'язково, щоб кожну дитину оглянув не лише лікар педіятр, але також і лікар з очних та шкіряних захорувань.

Крім того, перед відрядженням дітей треба виявити наявність або відсутність інфекційних захорувань в родині дитини і якщо будуть такі інфекційні захорування, за яких дитина може бути в інкубаційному періоді, — ні в якому разі дитини на курорт не відряджати. Дитині слід обов'язково на руки видавати санітарний паспорт за таким зразком:

Назва району
назва установи, що провела відбір дитини,
в і к,
с т а т ь,
діягноза, за якою дитину відряджується,
перенесенні інфекційні захорування,
які щеплення зроблено дитині (ревакцинація проти віспи, щеплення проти обкладу, шкарлятини).

Група охматдит НКОЗ попереджує, що без такого санітарного паспорта дитини до санаторія — курорту не прийматимуть.

Відбираючи дітей, слід користуватися тими показниками, що є в бюлетені НКОЗ № 3-4 цього року.

Член колегії НКОЗ — керівник медпрофсектора **Туркельтауб**

Нач. Укр. кур. управління **Кушнір**

Заст. керівника групи ОХМД — **Федотова**

83. Про медобслуговування дитячих сезонних ясел у соцсекторі села

До всіх облздороввідділів, міськ та райздоровінспектур. Копії — до НКОЗ АМСРР, МСУ новобудів, Медсансектору Уповнаркомшляхів, сектора водного транспорту

Досвід минулого року довів, що, не зважаючи на значне розгортання ясельної мережі 1931 року, одним з вузьких місць роботи ясел, було недостатнє обслуговування їх медсандоглядом.

Отже, розпочинаючи цього року розгортати мережу, треба зі всією увагою поставитись до питання медсанобслуговування та вже тепер опрацювати певний плян розподілу ясел і прикріплення їх до окремих медустанов в галузі медсандогляду.

Цього року треба обов'язково використати перебування організованих груп дітей по яслах, щоб перевести широкі профілактичні заходи, а саме: для вакцинації та ревакцинації віспи, активної імунікації проти обкладу та шкарлятини (останню там, де в цьому є потреба). Цього року треба обов'язково провести рішучу боротьбу за виконання санмінімуму по яслах, притягуючи до цього насамперед батьківський актив, актив колгоспів, радгоспів і МТС, а також всю селянську громадськість.

Розподіляючи ясла поміж окремими медустановами та окремими медсанробітниками (а до обслуговування ясел треба притягти не лише консультацію та лікарів педіятрів, а й всю медсанорганізацію), треба забезпечити усім яслам медсандогляд так, щоб медсанробітники відвідували ясла не менш, як двічі на місяць. Само собою зрозуміло, що за наявности яких небудь захорувань серед дітей, зокрема інфекційних, відвідувати ясла треба за потребою.

НКОЗ знову нагадує, що цього року треба повнотою забезпечити медсандогляд дітей в яслах, зокрема ж треба дбати про підвищення санітарного стану та якости роботи ясел.

Керівник медпрофсектора — Чл. колегії НКОЗ **Туркельтауб**

Керівник групи охматдит **Федотова**

(Об. розп. НКОЗ з 15 квітня 1932 р.)

84. Про масові оздоровні та лікарсько-педологічні заходи в школах і дошкільних установах

До обл. відділів, районних і міських відділів та інспектур охорони здоров'я й наросвіти. Копія до НКОЗ та НКО АМСРР

Ухвала ЦК ВКП(б) про початкову та середню школу вимагає категоричної перебудови роботи органів здоровоохорони в справі організації та поширення таких масових оздоровних заходів, щоб охопили вони всю основну масу школярів.

Наркомздоров'я пропонує всім облздороввідділам та Наркомздоров'я АМСРР спільно з місцевими органами народньої освіти за активної участи піонерських, комсомольських організацій та пролетарської громадськости й колгоспних мас, розпочати негайно запроваджувати такі масові оздоровні заходи, що мають за мету найпростішими і приступними засобами оздоровити школу та учнів.

I. Загальні санітарні заходи

1. Організувати систематичний санітарний нагляд за новим будівництвом дитячих установ, їхнім устаткованням і за переведенням капітального ремонту та переобладнанням старих приміщень (виконують райздоровінспектури, секції здоровоохорони та обласні відділи здоровоохорони).

2. Санітарний нагляд за дитячими інтернатами, комунами молоді, а також родинно-побутовими обставинами дітей підлітків, що мають особливі покази (виконує лікар ОЗДП).

3. Санітарний нагляд за позашкільними закладами відпочинку та розваг дітей, а саме: дитячими книгозбірнями, піонерклюбами, дитячими театрами, кіном, екскурсбазами і т. інш.) виконують райздоровінспектури, секції здоровоохорони).

II. Боротьба з гострими інфекціями в дитустановах

1. Встановити пильний контроль над тим, щоб дільничні лікарі, поліклініки, єдині диспансери (дільничний санітарний лікар, терапевт, педіятр, епідеміолог), а також лікарі, що мають приватну практику, негайно, безпосередньо повідомляли школу-дитустанову про кожний випадок гострозаразливого захорування в родині школяра або кватирі, де він мешкає, використовуючи для цього всі види зв'язку (райздоровінспектури, облздоровідділи).

2. Суворо перевіряти те, щоб епідеміологи в кожному випадкові гострозаразливого захорування подавали дитустанові плян карантинізації школярів, які стикаються з хворим (теж).

3. У кватирах, де встановлено випадки гострозаразливих захорувань, запроваджувати обов'язкову дезінфекцію, вивішувати відповідні плякати та розповсюджувати саносвітню літературу (теж).

4. Зобов'язати всіх співробітників дитустанови обов'язково подавати адміністрації цих установ відомості про гострозаразливих хворих у родинах або кватирах, де вони мешкають та про свій контакт з гострозаразливими хворими (зав. дитустанови).

5. Встановити обов'язковий порядок, за якого учнів, які за хворістю не відвідують школи 3 дні, без дозволу лікаря не допускають до занять (теж).

6. У кожному випадкові гострозаразливих захорувань у дитустанові — вивчати шляхи занесення інфекції (лікар ОЗДП).

7. Організувати прищепки проти дифтерії, шкарлятини, віспи і т. інш. (райздоровінспектура, секції здоровоохорони, облздоровідділи).

8. Підчас епідемій висипного та черевного тифу організувати спеціяльні масові профілактичні огляди всіх груп, що є в школі (лікар ОЗДП).

9. Організувати для школярів спеціяльні „лазневі" дні, забезпечивши кожному школяреві організоване та безплатне користування лазнею не менш 2 разів на місяць (облздоровідділи, райздоровінспектури, секції здоровоохорони).

10. На випадок гострозаразливих захворувань у дитустанові, своєчасно забезпечити запровадження відповідної дезінфекції (теж).

III. Контролювання стану здоров'я дітей

1. Встановити обов'язковий профілактичний огляд всіх школярів та дошкільників двічі на рік, маючи на меті виявляти заразливі захорування (шкіри, очей, волосся) та напрямлювати до лікувальних установ тих дітей, що мають найнижчий показник особистої гігієни і т. інш. (лікар ОЗДП).

2. Запроваджувати повторні огляди відібраних груп, взятих за станом здоров'я на особливий облік (теж).

3. Організувати спеціяльні огляди та відбір учнів до майстерень фабрик, гуртків фізкультури (теж).

4. Узяти організовану участь в комплектуванні шкільних груп, звернувши особливу увагу на тих учнів, що не встигають або що їх важко виховувати (теж).

5. Організувати обов'язкову санацію зубів (здоровінспектури, секції здоровоохорони та лікар ОЗДП).

6. Відібраних за станом здоров'я дітей напрямляти до відповідних лікувально-профілактичних, лікувальних установ для консультації та надання їм допомоги (відділи ОЗДП єдиних диспансерів, дитячі поліклініки, дієтетичні їдальні, денний і нічний санаторії, шкільно-санаторні установки, школи санаторії для фізично послаблених, психоневротиків і т. інш.), встановивши обов'язковий облік перевірки виконання диспансерних призначень (райздоровінспектура секції здоровоохорони і лікар ОЗДП).

7. Організувати облік дитячої захорувальности і систематично ознайомлювати шкільну громадськість, батьків і педагогічний колектив с наслідками медогляду та захорувaности дітей (лікар ОЗДП та зав. дитустанови).

IV. Оздоровлення фізично-послаблених дітей

1. Обов'язково організувати окремий облік фізично-послаблених учнів (лікар ОЗДП).

2. Організувати для цих учнів підсилене шкільне харчування та постачання їм одягу, взуття (зав. дитустанови).

3. Для фізично-послаблених учнів організувати оздоровні майдани на протяг цілого року: харчування, гігієнічний режим, фізкультура, гігієнічні навички (зав. дитустановами та лікар ОЗДП).

4. Для фізично-послаблених учнів організувати диференційований підхід щодо гігієнічного режиму, харчування, здовженого дня, денного відпочинку, нормування навантаження тощо (райздоровінспектура, секції здоровоохорони, райвідділи наросвіти).

5. Улаштувати близько міста спортивні та екскурсійні бази, фізкультурні вилазки для дітей (теж).

V. Додержування гігієнічного режиму в школі й дитустановах

(поточний санітарний догляд)

1. Організувати щоденне ретельне та раціональне прибирання всіх шкільних та дошкільних приміщень до початку занять і після скінчення кожної зміни (зав. дитустанови).

2. Встановити не менш одного разу на місяць, на вихідні дні, генеральне прибирання робітних кімнат та цілого приміщення школи або дитустанови (теж).

3. Біля входу до приміщення дитустанови встановити скребачки, солом'яні мати чи інші прилади для обов'язкового витирання ніг (теж).

4. Виділити в приміщенні дитустанови місце для верхнього одягу та гальош (теж).

5. Підлоги в коридорах та учбових кімнатах змазувати олією, що вбирає порох, або щоденно витирати вогким засобом і мити один раз на 5 днів (теж).

6. Встановити строгий догляд, щоб правильно функціонувала вентиляція по вбиральнях, на кухні і лябораторіях, майстернях тощо (теж).

7. Обов'язково вентилювати шкільні приміщення до початку занять, підчас перерв між заняттями і змінами, між лекціями й після закінчення таких (теж).

8. Не припускати накопичення сміття і покидів у приміщеннях школи та в дитустанові (теж).

9. Рішуче заборонити зберігати утильсировину в приміщенні дитустанови, коли для цього нема відокремленого приміщення (зав. дитустанови).

10. Організувати своєчасне прибирання та виві̇з сміття, покидьків (теж).

11. Забезпечити санітарно-технічним устаткованням вбиралень та належної ізоляції, отеплення, світла, вентиляції, кількости очків і т. інш. (райвідділи наросвіти, зав. дитустанови).

12. Організувати миття рук після користування вбиральнею (умивальники, мило, рушник (зав. школи або дитустанови).

13. Організувати для всіх учнів миття рук перед сніданком та обідом (теж).

14. Забезпечити достатній запас здорової для пиття води, завести закриті баки з переваребою водою, достатню кількість кухолів або т. з. „фонтанчики" (теж).

15. Своєчасно забезпечити дитустанову паливом, слідкувати, щоб тримати в ній нормальну температуру не нижче 14° (теж).

16. Щороку навесні провадити санітарний огляд всіх шкільних і дошкільних приміщень для встановлення потрібного ремонту (зав. дитустанови та лікар ОЗДП).

17. Устаткувати пришкільне подвір'я, використовуючи його для фізкультури та організованого перебування учнів на вільному повітрі (Зав. дитустанови контроль лікаря ОЗДП).

18. Обов'язково застосувати в життя правила додержування загально-шкільного санітарно-гігієнічного порядку для учнів. співробітників дитустанови та відвідувачів (Зав. дитустанови, контроль лікаря ОЗДП).

19. Завести шкільно-санітарний журнал для фіксації всіх зауважень щодо порушення санітарно-гігієнічних правил (зав дитустанови і лікар ОЗДП).

VI. Оздоровлення учбово-виробничих процесів та організація режиму для шкіл та дитустанов.

1. Забезпечити всі шкільні приміщення провітрюванням: робітні кімнати, місце рекреацій, коридори, улаштувати фромуги, кватирки, залишити одно, незаліплене вікно по всіх кімнатах дитустанови (зав. дитустанови).

2. Організувати правильне прибирання робітничих кімнат та контроль того, як додержують у них гігієнічний режим: завести скрізь ящики або урни для сміття, вогкі ганчірки для клясної дошки і т. інш. (теж).

3. Ураховуючи умови підсоння та сезону, прагнути того, щоб провадити заняття, даючи доступ зовнішньому повітрю або на відкритому повітрі, використовуючи для цього намети та тераси (наближення школи до типу школи на відкритому повітрі) (Зав. школою, дитустанови та лікар ОЗДП).

4. Перевірити освітлення робітних приміщень (світляний коефіцієнт, чистоту вікон, колір фарбування стін, силу ламп, вишину, наявність абажурів, рефлекторів і т. інш.) і забезпечити максимальне наближення умов освітлености робітних місць до вимог гігієни праці (теж).

5. Підібрати шкільну меблю відповідно до зросту учнів (теж).

6. Обстежити й подати характеристику робітничих місць у майстернях з погляду техніки безпеки, освітлености та відповідности встаткування струменту, силам і зросту учнів (лікар ОЗДП).

7. Зробити санітарний огляд підприємств, до яких прикріплено школи, для вибору найменш шкідливих і наліпше з погляду гігієни встаткованих цехів для організації учбово-виробничого навчання учнів (теж).

8. Забезпечити комплекти спецодягу для виробничих занять учнів (райвідділ наросвіти, зав. дитустанови).

9. Організувати систематичне вивчення шкідливостей підприємств, до яких прикріплено школи та домагатися активного їх оздоровлення (райздоровінспектури. секції охорони здоров'я).

10. Встановити обов'язков. медичні огляди учнів ще до початку прийому на учбово-виробниче навчання (на підприємство) з тим, щоб відокремити тих учнів, яким працю буде цілком заборонено або обмежено, (лікар ОЗДП).

11. Організувати лікарський контроль того, як впливає виробниче навчання на здоров'я учнів, передусім слабих груп (теж).

12. Забезпечити цілковите запровадження в оздоровній практиці постанову НКО та НКОЗ УСРР з 5 березня 1932 року про типовий розпорядок шкільної праці та норми навантаження учнів всіма видами навчально-виробничої та громадської роботи.

13. Забезпечити санітарно-гігієнічний контроль якости гарячих сніданків, роздачі таких над транспортуванням, зберіганням продуктів, станом обладнання кухні, їдальні і т. інш. (лікар ОЗДП).

VII. Фізична культура, яко засіб виховання, оздоровлення та корекції.

1. Для занять з фізкультури забезпечити учням відповідне приміщення, з достатнім обладнанням, що відповідало б санітарним вимогам (зав. дитустанови).

2. Заняття з фізкультури провадити обов'язково за відкритих вікон і фромуг, забезпечивши можливість переодягнення дітей (теж).

3. Заняття з фізкультури яко мога виносити на вільне повітря (теж).

4. Забезпечити обов'язкове використання відведених учбовим пляном годин для фізкультури (теж).

5. Максимально використати гри та приступні види літнього та зимового спорту (плавба, веслування, лижви, коньки, екскурсії, туризм та походи). (Зав. дитусганови, контроль лікар ОЗДП).

6. Організувати пришкільний спортмайдан для фізкультурних занять учнів (зав. дитустанови).

7. Домогтися погодження з профорганізаціями та радами фізичної культури на місцях про використання на певні дні й години засобів і фізкультурних устаткувань для учнів школи. (обласні та районові відділи наросвіти).

8. Максимально використати вихідні дні та перерви в заняттях для організації спортивних вилазок, фізкультурних екскурсій і походів, забезпечивши учням ночівлю та харчування. (зав. дитустанови).

9. Організувати лікарський контроль над запровадженням фізкультури в школі, а передусім над військовими та спортивними гуртками (попередній огляд, дозіровка, контроль—лікар ОЗДП).

VIII. Гігієнічна культура.

1. Організувати та керувати роботою органів дитячої санітарної самодіяльности (зав. дитустанови та лікар ОЗДП).

2. Систематично працювати навколо вглиблення гігієнічних навичок (зав. школи, лікар ОЗДП).

3. Організувати при школах консультації з питань охорони здоров'я для учнів, техперсоналу, предколективу та батьків (лікар ОЗДП).

4. Організувати в шкільній газеті спеціяльний розділ з питань здоровохорони та гігієнічної культури. (Зав. дитустанови і лікар ОЗДП).

5. Мобілізувати маси учнів та громадськости школи, родин на боротьбу за обов'язкове здійснення санітарного мінімуму в школі (зав. дитустанови і лікар ОЗДП).

6. Домогтися асигнування преміяльного фонду за кращу роботу з гігієнічної культури і за санітарно-гігієнічну роботу учнів, техперсоналу, педагогів, лікарів і т. інш. (Зав. дитустанови).

Організуючи масові оздоровні заходи, треба прямувати на те, щоб, крім школи, також максимально обслуговувати дітей поза їхніх учбових занять (використання майданів, дитячих кімнат при клюбах, піонерклюбів тощо).

Щоб мати систематичний облік масових оздоровних заходів, Наркомздоров'я пропонує всім обласним відділам здоровоохорони та НКОЗ АМСРР встановити плянову та систематичну перевірку (не менш одного разу на квартал), як фактично реалізуються та яку мають ефективність всі зазначені заходи й повідомляти про це Наркомздоров'я.

Наркомздоров'я **Канторовіч**

Заст. Наркомосвіти **Канцелярський**

(Об. розп. НКОЗ і НКО УСРР з 28 березня 1932 р.).

Додаток до проток. засідання Центральної міжвідомчої комісії по боротьбі з жіночими та дитячими вензахоруваннями з 20 березня 1932 р. Затвердив т. Канторович.

85. ПРАВИЛА

Прийому та перебування дітей, хорих на сифіліс та гонорею, в дитустановах відкритого та закритого типу.

А. Правила прийому дітей, хорих на сифіліс.

Ясла.

1. У містах дітей приймають в ясла після огляду в кожно-венерологічних кабінетах при поліклініках або диспансерах, після клінічного огляду та переведення серологічних реакцій

2. Дітя матерів, які лікувалися від сифілісу до вагітности та підчас вагітности цією дитиною (2 курси комбінованого лікування), якщо в дітей немає будьяких прояв хороби та за негативної реакції крови (бажана неодноразова перевірка), приймаються до ясел на загальних умовах.

3. Діти матерей, які не лікувались, діти, що мають клінічні прояви сифілісу та позитивну реакцію крови, приймаються до ясель не раніш $1^1/_2$ річного віку, після проходження ними 3—4 курсів спеціяльного комбінованого лікування і відсутности після лікування клінічних прояв сифілісу (шкіра, слизові оболонки, кістки, внутрішні органи, очі) та негативної серологічної реакції.

4. В містах, де немає диспансерів та в селах діти приймаються в ясла після огляду їх лікарем районним, участковим і т. інш. Діти матерів, у яких є напевне сифіліс та діти з наявними клінічними проявами народженого сифілісу приймаються в ясла тільки після 3—4 разового специфічного курсу лікування та наявности негативної серологічної реакції.

Дитячі садки, школи ФЗС, дитячі санаторії, шкільні літні колонії.

5. В дитячі садки, школи ФЗС, дитячі санаторії, шкільні літні колонії та дитячі майданчики діти приймаються після огляду в шкіряно-венеричному кабінеті поліклініки. Серологічну аналізу крови роблять тільки дітям, що вступають до дитсадків. Решті—за особливих показів.

6. Дітей, що хоріють на сифіліс, приймають у вищезгадані установи після проходження 3—4 курсів специфічного лікування та наявности негативної реакції крови.

Примітка: У разі є уперта позитивна реакція крови й після проходження 5—6 курсів комбінованого лікування та неспецифічної терапії, дитину приймають до школи і видають гарячий сніданок за умови кип'ятіння посуду. У дитсадки дітей приймають не раніш 5—6 літнього віку та після нової серологічної перевірки їх. До дитколоній, дитмайданчиків та санаторій таких дітей не приймають зовсім.

7. У містах де немає диспансерів і поліклінік, в сільських місцевостях дітей приймають у згадані установи після обов'язкового огляду лікарем.

Дітей із заразливими проявами сифілісу та дітей, напевне хорих на сифіліс та що не лікувалися, до згаданих установ не приймають зовсім.

Школи ФЗУ.

8. Підчас прийому до шкіл ФЗУ — огляд в шкіряно-венерологічних кабінетах проходять діти, які вступають до шкіл безпосередньо з дому; підлітки, що переходять із шкіл ФЗС, мають у себе довідки, які їм видають підчас профвідбору.

Дитбудинки, будинки дитини, будинки грудної дитини.

9. До дитбудинків, будинків дитини, будинків грудної дитини приймають тільки цілком здорових дітей, після того, як огляне їх венеролог (а де такого немає — то районний лікар), зробивши їм серологічні реакції.

10. Дітей, хорих на сифіліс (якого б то не було віку) ні за яких умов в нормальні будинки не приймають, а направляють до видужання в спеціяльні дитячі інтернати для хорих дітей та в лікарні.

Б. Правила перебування дітей, хорих на сифіліс, в дитячих установах

Ясла, дитсадки, дитмайданчики.

За обов'язкові є такі умови загального санітарно-гігієнічного порядку, як-от.

2. Окремі ліжка з окремою білизною. Посуд чайний, столовий, після вживання кип'ятиться та висушується, а не витирається.

2. Для пиття повинні бути влаштовані фонтанчики.

3. У яслах для грудних і старших дітей — індивідуальні горщики, які після вживання обливаються проточною водою. В дитсадках—убиральні типа „Генуя".

4. Огляд всіх дітей провадить не менш 1 разу на місяць лікар установи. Шкіряно-венеричні кабінети поліклінік (де вони є) провадять це не рідше одного разу на рік, роблячи серологічні реакції там, де це потрібно.

5. Діти сифілітики, яких прийнято у вищезгадані установи, перебувають під особливим доглядом шкіряно-венеричних кабінетів і, в разі це треба, таким дітям провадиться специф. курс лікування.

Підчас лікування дітей забирають із ясел та дитсадків.

Лікар оглядає хорих дітей не рідше 1 разу на тиждень та в разі є підозріння, ізолює дитину до з'ясування діягнози.

Школи ФЗУ та ФЗС.

6. По школах ФЗУ та ФЗС щодо посуду (за наявности гарячих снідапків) додержуються таких самих правил, що й в яслах.

Додержуючись цих правил, діти, що хворіли на сифіліс, можуть перебувати в школах, як і здорові діти.

7. Школярі, що хворіли на сифіліс, перебувають під окремим доглядом шкіряно-венеричних кабінетів та в разі потреби проходять курс специфічного лікування, не перериваючи шкільних занять. Шкільний лікар оглядає цих дітей не рідше 2 разів на місяць.

Санаторії, шкільні літні колонії, табори.

8. В санаторіях, шкільних літніх колоніях, таборах, діти додержуються тих же правил, що і в школах, загально-гігієнічних правил: окремі ліжка, індивідуальна білизна, прання білизни з обов'язковим кипячінням.

Дітей, що перенесли сифіліс, оглядає лікар не менш 1 разу на тиждень і за найменших проярв хвороби їх відсилається з оздоровної установи.

В. Прийом та утримання дітей, хорих на гонорею.

Ясла, дитсадки, дитмайданчики.

1. Дітей з клінічними та бактеріологічними симптомами гонореї не приймають аж до стійкого зникання клінічних явищ та гонококів.

2. Дітей з наявністю вульвовагінітів не гонорейного походження приймають після 2—3 разового ляботаторного дослідження за відсутности гострих явищ та гонококів.

3. Утримуючи дітей, які хоріли на гонорею, треба додержуватись загально-гігієнічних правил, звертаючи особливу увагу на нічні горшки та вбиральні.

4. Діти, що хоріли на гонорею, після видужання перебувають під доглядом лікаря, що обслуговує установу. Лікар-спеціяліст повинен оглядати цих дітей не рідше 1 разу на 3 місяці та робити їм бактеріологічну аналізу протягом року.

Школи ФЗС ФЗУ.

1. Дітей шкільного віку у разі захорування ізолюється із школи аж до зникання гострих явищ та збудників.

2. Відвідування школи за відсутности клінічних явищ та гонококів дозволяється.

3. Школярі, що хоріли на гонорею, після видужання перебувають під доглядом лікаря, що обслуговує установу. Лікар-спеціяліст повинен оглядати цих дітей не рідше одного разу на три місяці та робити їм бактеріологічний аналіз протягом року.

Шкільні літні колонії, табори ЮП, дитячі санаторії.

1. Дітей з клінічними та бактеріологічними симптомами гонореї не приймають аж до стійкого зникання клінічних явищ та гонококів.

2. У разі захорування дітей ізолюють до повного зникання гострих явищ та збудника.

3. Утримуючи дітей, що хоріли на гонорею, треба додержуватися загально-гігієнічних правил, звертаючи особливу увагу на речі індивідуального обслуговування, нічні горшки та вбиральні.

4. Діти, що хоріли на гонорею, перебувають під окремим доглядом лікаря установи, який їх оглядає не рідше одного разу на 2 тижні.

5. Лікар-спеціяліст повинен перед відправкою оглянути дітей, що хоріли на гонорею, і зробити їм бактеріологічну аналізу.

6. Огляд персоналу дитячих установ треба проводити не рідше одного разу на три тижні.

ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ЧАСТИНА

Про укладання місцевих договорів на медобслуговування робітників МТС

(*розіслано місцям 20 березня 1932 р.*)

Наводячи тут текст генумови, що її складено між НКОЗ та Укртрактроцентром на медсанобслуговування протягом 1932 року робітників МТС та колгоспів в районах їхньої діяльности, — НКОЗ пропонує під Вашу особисту відповідальність скласти льокальні умови з адміністрацією кожної МТС в вашому районі з таким розрахунком, щоб до 1 квітня ці умови було підписано, а до 5 квітня щоб облздороввідділ був про це повідомлений.

В разі неявки представника МТС для складання умови треба негано виїхати до МТС. Про кожний випадок відмовлення від адміністрації МТС скласти умови — негайно сповіщайте облздороввідділ,

Керівник Плян. Екон. Управління НКОЗ — **Каган С. С,**

(Об. лист ПЕУ НКОЗ з 20 березня 1932 р.)

УМОВА

між НКОЗ УСРР та укрфілією Тракторацентру на медично-санітарне обслуговування робітників МТС, МТМ і колгоспів в районі діяльности МТС на 1932 рік

1932 року березня 13 дня Народній Комісаріят Охорони здоров'я УССР в особі **т. Хармандар'яна** та укрфілія Трактороцентру в особі т. **Піонтківського В. М.** на підставі арт. арт. 6-го й 7-го ухвали РНК УССР з 12 січня 1930 р. „Про умови праці в радянських господарствах". (Зб. зак. СРСР 1930 р. № 6 арт. 7) для того, щоб поліпшити медсанобслуговування робітників МТС та МТМ, яких об'єднує укрфілія Трактороцентру, а також колгоспів в районі діяльности МТС — склали таку умову.

Наркомздоров'я зобов'язується:

1. Утворити при кожній МТС сезоновий пункт першої допомоги на час польових робіт.

Увага: Крім зазначених медпунктів, місцеві органи охорони здоров'я організують сезоновий медпункт на території колгоспів, що їх обслуговує МТС в місцях, де в цьому де потреба, притягуючи кошти самих колгоспів.

2. Забезпечити медикаментами пункти першої допомоги, що їх утворено коштами органів охорони здоров'я.

Увага: Пункти першої допомоги, що їх організовано коштом колгоспів, забезпечується медикаментами з цих коштів,

3. При МТС, що мають понад 300 осіб штатних робітників разом із трактористами, в разі вони розташовані в тих селах, де немає медустанови, утворити постійний медпункт. Список таких МТС визначити разом з УТЦ.

4. При найбільших МТС, віддалених більш ніж на 5 кілометр. від найближчої медустанови, утворити постійну лікарську амбулаторію з ліжками. Список таких МТС визначити спільно з УТЦ.

5. Відкрити сезонові ясла в колгоспах, що їх обслуговує МТС на підставі загальних чинних показників.

6. По найбільших МТС відкрити постійні ясла. Список таких МТС визначити спільно з УТЦ.

7. При МТС, що мають понад 100 штатних робітників разом з трактористами та якщо ці МТС є на віддалі 10 клмтр. від найближчої лікарні, влаштувати лікарню не менше, як на 10 ліжок. Список цих МТС визначити спільно з УТЦ.

8. Забезпечити медустанови, що відкриваються при МТС всім потрібним персоналом та утримувати його коштами НКОЗ.

9. Постачити медустановам при МТС інструментарій та м'ягкий реманент.

10. Постачити МТС та колгоспам в районі діяльности МТС, їхнім коштом аптечки першої допомоги та запобіжні окуляри.

11. Забезпечити меддопомогою робітників МТС та колгоспників від усіх лікустанов району.

12. Забезпечити періодичний, не менш, як 1 раз на місяць, медогляд робітників МТС, що користуються гуртожитком.

13. Сприяти вкупі з технікою безпеки та охороною праці зниженню травматизму серед робітників МТС та МТМ, забезпечити найбільші МТС санлікарями коштом НКОЗ.

14. Провадити запобіжні щеплення.

15. Забезпечити систематичний саннагляд над гуртожитками, яслами, пунктами громадського харчування та водопостачання МТС і колгоспів в районі їхньої діяльности.

16. Спільно з організацією Червоного Хреста забезпечити готування кадрів першої допомоги, сануповноважених та ясельних робітників із робітників МТС і колгоспників.

17. Забезпечити регулярну санкультроботу в МТС та колгоспах в районні їхньої діяльності.

Укртракторопентр зобов'язується:

1. Забезпечити медустанови при МТС приміщенням, технічною допомогою, комрослугами та транспортом, щоб перевозити хворих. для пересувних медпунктів і службових роз'їздів медперсоналу в районі діяльности МТС. Забезпечити кватири для медперсонала.

Увага: У разі відсутности приміщень для постійних медустанов Трактороцентр зобов'язується збудувати їх там, де це передбачено виробничо-фінансовим пляном МТС. Список цих МТС визначається Трактороцентром спільно з НКОЗ.

2. Активно сприяти мобілізації коштів колгоспів на часткову оплату медбриґад та на організацію сезонових пунктів першої допомоги й ясел на час с. г. польових кампаній.

3. Сприяти забезпеченню ясел притягаючи кошти колгоспів, помешканням, устаткуванням, потрібною кількістю допомічного персоналу та продуктами харчування колгоспів (для ясел у колгоспах).

4. Сприяти справі готування кадрів охорони здоров'я та ясельних робітниць в МТС та в колгоспах району діяльности МТС.

5. Забезпечити запровадження санітарно-оздоровних заходів на місці польових робіт, забезпечивши якомога тракторні бриґади житлом (вагончики, палатки) відповідним устаткуванням, громадським харчуванням, забезпечивши окремий посуд для їжі на кожного робітника та доброякісну воду для пиття.

6. Забезпечити санітарний стан гуртожитків, їдалень та інших місць загального користування, поклавши відповідальність за це на відповідного робітника МТС.

7. Забезпечити робітників МТС лазнями-пральнями насамперед у тих МТС, що мають понад 300 постійних робітників; забезпечити решту МТС лазнево-пральними установками та примітивними лазнями. Список цих МТС визначати спільно з НКОЗ.

Стимулювати широке розгортання в колгоспах району діяльности МТС нових лазень, а також примітивних.

8. Влаштовувати по всіх МТС, що мають понад 150 робітників, з Трактороцентром примітивні дезінсектори (вошебійки).

9. Забезпечити систематичну очистку району МТС від нечистот та покидьків влаштуванням приймальників для нечистот, встановивши систематичну вивозку бруду.

10. В МТС, що мають не менше 500 постійних робітників (разом з трактористами) придбати коштом адміністрації МТС дезкамеру.

11. Забезпечити всі МТС їхнім коштом вапною та належними дезречовинами.

12. Сприяти медперсоналу запроваджувати по МТС та колгоспах в районі їхньої діяльности запобіжних прищепок.

13. Забезпечити на час с. г. польових кампаній всі тракторні колони аптечками першої допомоги та запобіжними окулярами коштом МТС.

14. Забезпечити ізоляцію підозрілих на інфекційні захорування робітників МТС ще до того, як їх направлено в лікарню.

15. Стежити за виконанням від МТС чинної умови притягуючи винних до відповідальности.

16. Цю умову складається на терміні зі дня його підписання до 31 грудня 1932 р.

17. На підставі цієї умови райздоровінспектури та адміністрація кожної МТС складають локальні умови, в яких визначається конкретний плян обслуговування кожної окремої МТС та колгоспів в районі їх діяльности.

18. Термін складання на місцях локальних умов—до 25 березня 1932 р.

Заст. Народнього Комісара охорони Здоров'я УССР — **Хармандар'ян**

Заст. керівника укрфілії Трактороцентра — **Піонтківський**

НАУКОВА РОБОТА

87. Про зміни в розподілі між інститутами НКОЗ наукового обслуговування периферійних установ охорони здоров'я в зв'язку з обласним районуванням

(На зміну й додаток до надрукованого розкладу в додаткові до № 8-9 бюлетеня НКОЗ за 1931 рік)

І. Київські інститути

№№ по порядку	Найменування ін-ту	Сфера впливу	Примітка
1	Дермато-Венер. ін-т	Київська обл. Вінницька „	
2	Ін-т Охматдит	Київська „ Вінницька „	
3	Туберкульозн. ін-т	Київська „ Вінницька „	
4	Ортопед. ін-т	Київська „ Вінницька „ Одеська „ (тимчасово)	
5	Ін-т ОЗДП	Одеська обл. Вінницька „ Київська „	
6	Санбакінститут	Київська „ Вінницька „	Обслуговує Київську обл. за винятком 18 районів. віднесених до Черніг. Санбак. (Див. спис.)
7	Ін-т пат. та гігієни праці	Київська „ Вінницька „ (Сіл.-госп.)	
8	Ін-т Експер. біології та патології	Вся Україна	
9	Психоневрол. ін-т	Київська обл. Вінницька „	
10	Рентген. ін-т	Київська „ Вінницька „	

ІІ. Харківські інститути

№№ по порядку	Найменування ін-ту	Сфера впливу	Примітка
1	Дермато-венер. і-т	Харк. обл. Дніпр. „ Донбас	Дніпроп. обл. віднесено тимчасово до розв'язання питання організації відповідного ін-ту в Дніпропетр.
2	Експер. фарм. ін-т	Вся Україна	
3	Отоляринголологічн.	Вся Україна	
4	Ін-т Охматдит	Харк. обл. Донбас	

№№ по порядку	Найменування ін-ту	Сфера впливу	Примітка
5	Туберкульоз. ін-т	Харк. обл. Дніпр. " Донбас	
6	Ін-т Курортол. та ін-т Фізіотерапії	Харк. обл. Дніпр. " Донбас	
7	Офтальмолог. ін-т	Вся Україна	
8	Ін-т харчування	Харківськ. обл. Дніпропетр. " Донбас	
9	Протозойн. ін-т	Вся Україна	
10	Ін-т Мечнікова	Вся Україна	
11	Ін-т Здоровоохор.	Вся Україна	
12	Ін-т бактеріол., епідеміології та серотерапії	Харк. обл. Донбас	
13	Ін-т ендокринології	Вся Україна	
14	Ін-т вивчення побуту студентства	м. Харків	
15	Ін-т комунальної гігієни	Харк. обл. Донбас	Обслуговує Донбас за винятком м. Луганського та Ворошилівськ., Кадіївського, Червоно-Луцьк., Рівеньківськ. та Сорокинськ. р-нів
16	Ін-т ОЗДП	Харк. обл. Дніпр. " Донбас	
17	Ін-т клінічн. медицини	Харк. обл. Донбас	
18	Рентгено-Радіол. ін-т	Харк. обл. Дніпроп. " Донбас	
19	Психоневрол. академія	Вся Україна	
20	Ін-т ортопед. та травмат.	Харк. обл. Дніпроп. " Донбас	
21	Ін-т патол. та гіг. прац.	Харк. обл. Донбас	Обслуговує лише машино-будівельну промисловість
22	Ін-т гематол., перел. кров. та невідкладн. хірург.	Вся Україна	
	III. Одеські інститути		
1	Ін-т патол. та гіг. праці	Одеська обл.	Ін-т обслуговує лише сільське господарство та легку індустрію
2	Психоневрол. ін-т	Одеська "	
3	Дермато-венер. ін-т	Одеська "	

№№ по порядку	Наименування ін-ту	Сфера впливу	Примітка
4	Санбакінститут	Одеська обл.	
5	Ін-т харчування	Київська „ Одеська „ Вінницька обл.	
6	Ін-т охматдит	Одеська обл.	
7	Ін-т санкультури	Одеська „	
8	Ін-т стоматології	Одеська „ Дніпропетр. обл. Донбас обл.	
9	Туберкульозн. ін-т	Одеська обл.	
10	Ін-т бальнеолог.	Вінницька обл. Одеська „	

IV. Дніпропетровські інститути

1	Ін-т охматдит	Дніпропетр. обл.	
2	Санбак. ін-т	Дніпропетр. „	
3	Ін-т пат. та гіг. пр.	Дніпропетр. „ Донбас (Метал. пром.)	Обслуговує лише металюрг. промисловість

V. Інші інститути

1	Черніг. санбакінститут	Київська обл.	Обслуговує лише 27 районів області (спис додається). Сироватки та вакцини постачає Харк. санбак.; віспов. детрит виготовл. в ін-ті.
2	Луганськ. ін-т комун. гігієни	Донбас	Обслуговує лише м. Луганське та Ворошилів, Кадіївс., Червонопром., Рівонківський та Сорокін. райони
3	Сталінський ін-т пат. та гіг. праці	Донбас	Обслуговує лише гірноруднy промисловість

VI. РЕЄСТР РАЙОНІВ ДОНБАСУ, ЩО ПІДПОРЯДКОВАНІ НАУКОВОМУ КЕРІВНИЦТВУ ХАРКІВСЬКОГО ІНСТИТУТУ БАКТЕРІОЛОГІЇ, ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ТА СЕРОТЕРАПІЇ.

Міста:

1. Макіївка
2. Маріюпіль
3. Сталіне

Райони:

1. Артемівський
2. Гришинський
3. Горлівський
4. Краматорський
5. Костянтинівський
6. Лисичанський
7. Риківський
8. Чистяківський

VII. РЕЄСТР

районів, що їх обслуговує Чернігівський санітарно-бактеріологичний інститут

Київська область

1. Бахмацький
2. Березнянський
3. Борзенський
4. Бобровицький
5. Глухівський
6. Городнянський
7. Дмитрівський
8. Добрянський
9. Ічнянський
10. Конотопський
11. Кролевецький
12. Коропський
13. Корюківський
14. Козелецький
15. Мінський
16. Новг.-Сіверський
17. Ніженський
18. Носівський
19. Остерський
20. Олишівський
21. Понорницький
22. Ріпкинський
23. Семенівський
24. Середино-Будський
25. Сновський
26. Чернігівський
27. Шостенський

III. Із діяльности Наркомздоров'я та його секторів

1. Про бюджет НКЗдоров'я на 1932 рік та єдиний фінплян 1931 р.

Нещодавно колеґія затвердила державний бюджет НКОЗ на 1932 р. Згідно із цим бюджетові асиґнування малюються в такому вигляді:

На підготову кадрів, підвищення кваліфікації та перекваліфікацію — (ВИШ, і, технікуми, робітфаки, інститути удосконалення лікарів, заочна освіта, аспірантура) асиґновано за держбюджетом і фондом меддопомоги застрахованим 25.016.394 крб.

На наукову роботу для утримування науково-дослідчих інститутів що є на держбюджеті, дотації решті інститутів, на опірні пункти. аспірантуру та інш.-асиґнування становлять 11.630.000 крб. Ці гроші передбачено покрити з держбюджету, фонду меддопомоги застрахованим, прибутків госпустанов НКОЗ.

На будівництво нових приміщень для Харківського сан.-бак. інституту, ото-ляринголоґічного, психоневрологічної академії, протозойного інституту та інш. доручено пляново-економічному управлінню виділити відповідні суми із загальних сум на будівництво медсанзакладів.

На заходи охорони здоров'я передбачено за держбюджетом 17.300.000 крб. Сума витрат місцевого бюджету на здоровоохорону становить 91.900.000 крб.

Цій останній сумі найголовніші частини (за пляновим розподілом НКОЗ) є такі:

Утримання мережі	69.684.000	крб.
На підвищення зарплати	8.253.500	„
На розширення мережі (2185 ліжок, 120 амбуляторій, 20 тубдиспансерів, 10 вендиспансерів тощо)	7.026.000	„
Организація та реорганізація 180 лябораторій	849.000	„
Розширення ясельної мережі	805.000	„

Далі передбачено суми на збільшення кількости дезапаратури, лазнепральних установок тощо.

Кошти республіканського фонду меддопомоги на 1932 рік разом із рештками минулого року становлять 18.343.037 крб.

Щодо виконання єдиного фінансового пляну колеґія відзначила, що, не зважаючи на достатні заходи, яких ужив фінсектор, щоб виявити всі можливі джерела та їх використовувати, все ж таки фінпляну 1931 р. повнотою не виконано. Тут позначилося неуважне ставлення до виконання пляну та зобов'язань мало не від усіх організацій.

Якщо більш менш задовільно виконано фінплян з місцевого бюджету, то зовсім неґаразд стоїть справа щодо використання коштів на нове будівництво, зокрема на будування ясел. Промислові об'єднання і союзного і республіканського значення неуважно поставилися до будівництва й багато чого не збудували (пляни складали запізно, матеріялів своєчасно не вимагали).

Колеґія констатувала водночас, що хоча фінплян по кооперації можна вважати за виконаний, але звітности в цьому систематично не подають, не провадять обліку витрат, через що звичайно бракує чіткости й взагалі можливости як слід довідуватися про стан виконання пляну.

Незадовільно стоїть справа і щодо обліку витрат на охорону здоров'я від колгоспів і більшости радгоспів, де панує невиконання взятих зобов'язань за ґенеральними договорами і законоположеннями.

У цій справі колегія доручила фінсектору та юридичній групі вжити потрібних заходів щоб госпорганізації обов'язково включали в свої фінгоспплани асиґнування на охорону здоров'я та висвітлювали це в своїх звітах.

2. Із наслідків масової фінансової ревізії установ НКОЗ

Проведена недавно ревізія багатох установ, безпосередньо підлеглих НКОЗ, виявила ряд ненормальностей й порушень фінансової дисципліни від адміністрації згаданих установ.

Ось найголовніші дефекти, що їх було виявлено (взагалі перевірка стосувалася стану звітности за 1931 і 1932 р р., інвентаризації, заборгованости підзвітних осіб:

1. Звіт за 1931 р. на термін визначений від НКОЗ, себто до 15 лютого ц. р. подали лише 10 установ.

2. Цілковиту інвентаризацію на 1 січня 1932 р. провели лише 15 установ. Деякі установи провели цю роботу частково й непозно.

3. Заборгованість підзвітних осіб сягає неприпустимих розмірів, бухгалтерії окремих установ не виконують правил видачі сум під звіт, вимагання звітів і стягування заборгованости (ін-т ортопедії й травматології, туб. інститут, медінститут, фармінститут та ще деякі).

Не виявлено неґативних моментів у таких установах: Ренгенінституті, ін-ті охорони здоров'я, заочному фармінституті, лікарні ім. Тринклера, ВАУ, психоневрологічному технікумі, їдальні та розподільникові НКОЗ, а також в ін-ті курортології.

Окремим інститутам запропоновано вжити негайних заходів на виправлення виявлених дефектів, а на керівників бухгальтерії накладено службові кари (одного запропоновано усунути, декільком оголошено догану та інш.).

Методу масових ревізій практикуватиметься й надалі.

3. Перші кроки діяльности надзвичайної санітарної групи при НКОЗ.

Щоб прискорити здійснення завдань в галузі поліпшення санітарно побутових умов трудящих та обслуговування їх від органів охорони здоров'я, щоб провести їх від органів охорони здоров'я, щоб провести швидкими темпами заходи. скеровані на боротьбу за чистоту, за здійснення санітарного мінімуму, щоб опрацювати та провести потрібну цим напрямком роботу спільно з пролетарською громадськістю та зацікавленими організаціями,— за постановою НКОЗ при Всеукраїнській надзвичайній комісії в справах боротьби з епідеміями утворено надзвичайну санітарну групу в галузі масових оздоровчих заходів.

На чолі комісії стоїть Нарком охорони здоров'я тов. Канторович.

Протягом першого місяця своєї роботи Надзвичайна група спромоглася провести певну організаційну та безпосередньо оперативну роботу.

Насамперед такі самі групи утворено по областях і розпочато організацію надзвичайних груп у найбільш значних адміністративних центрах. По невеликих районах запроваджувати оздоровні заходи належить надзвичкомісіям, що провадять протиепідемічні заходи.

У Харкові, Києві, Одесі та Запоріжжі організовано санітарну міліцію, що спільно з санітарною організацією здійснює роботу, спрямовану на поліпшення санітарного стану житлових та інших приміщень і будов, будов, дворів, майданів і вулиць. Таку саму санітарну міліцію утворюється і на всіх курортах УСРР. На черзі—організувати загони санміліції також і на підприємствах.

Надзвичайна група опрацювала та подала до РНК проєкт постійного прикріплення лікарів до окремих об'єктів громадського харчування, житлокоопів, гуртожитків тощо. У кінці квітня передбачено розпочати на Україні місячник чистоти, що ним керуватимуть надзвичайні групи запровадження масових оздоровних заходів.

Організується масове виготовлення речей і прилад санітарного спожитку, як плювачок, сміттєвих скриньок, фонтанчиків, деводораторів та інш.

Далі група бере жваву участь у реалізації почину колектива 4-ої поліклініки м. Харкова, що висунув ідею випуску позики санкультури. Надзвичайна сангрупа за пляном має всіма силами сприяти розповсюдженню згаданої позики, та здійсненню її завдань—мобілізувати енергію та ентузіязм широких мас медсанробітників на ліквідацію саннеписьменности серед населення, на приведення до ладу житлів, місць громадського спожитку, клюбів, майданів, цехів, майстерень тощо.

Поряд реалізації позики санкультури надзвичайна група намітила провести ряд конкурсів на краще запровадження санітарних заходів по окремих об'єктах медсанмережі, по підприємствах, гуртожитках вулицях і т. інш.

Зважаючи на те, що опрацьовані та складені санмінімуми для окремих об'єктів потрібують змін і доповнень, а також що санмінімумів немає ще для ряду об'єктів, надзвичайна група тепер провела цю роботу, склавши нові санмінімуми й доповнивши старі.

Органи здоровоохорони без винятку, незалежно від фаху та масштабу своєї роботи, повинні тепер здійснити свою ролю застрільника в великому поході за оздоровлення умов праці й побуту, ставши на чолі тих великих масових загонів трудящих, які спільними зусиллями боротимуться за чистоту, за санітарію й гігієну.

4. Про другу п'ятирічку здоровохорони.

За постановою Уряду на кінець квітня поточного року установи УСРР мають уже скласти перший варіянт пляну своєї роботи та заходів на друге п'ятиріччя.

Таку роботу розпочато в березні в НКОЗ. Поряд методичного центру (комісії), що є вже в НКОЗ, організовано бюро складання пляну другої п'ятирічки.

Щоб найширше та відповідними темпами розгорнути роботу складання пляна другої п'ятирічки, до цього максимально втягується науково-практичні інститути НКОЗ, окремі найбільші медсанустанови й практичних робітників охорони здоров'я.

Нарком охорони здоров'я своїм розпорядженням оголосив усю роботу складання п'ятирічного пляну за ударну. Отже всю систему установ і закладів НКОЗ, науково-дослідні й науково-практичні інститути НКОЗ, його колектив оголошено за мобілізованих на роботу опрацьовувати та складати цей плян.

На висвітлення та висвітлення та популяризацію роботи притягується та максимально використовуватиметься всю періодичну пресу, особливо ж медичну.

5. Про перевірку виконання єдиного пляну охорони здоров'я 1932 року.

Нарком охорони здоров'я затвердив методу нагляду й перевірки виконання єдиного пляну охорони здоров'я 1932 року.

Якщо складання самого пляну провадилося за принципом „зверху до низу“, то робота щодо виконання пляну та обліку цього провадитиметься „знизу до верху“, бо в основному плян виконують саме медустанови. Центральні ж органи, — наркомат, облздороввідділ, райздоровінспектура мають переважно ролю центра, що скеровує та оперативно керує виконанням пляну та усуває перепони що є на ш яху до здійснення плянових завдань.

Найголовніші заходи нагляду та перевірки виконання пляну є такі:

1. Обізнання місць і низових установ, а також господ'єднаня із плянами, що за ними вони повинні працювати.
2. Запровадження вчасних заходів, що полегшують виконання пляну.
3. Періодичний огляд того, як перебігає виконання пляну.
4. Виправлення виявлених хиб та усування перепон, що виявляються підчас самої роботи та перевірки її запровадження.
5. Виявлення остаточних наслідків та ефективности запровадження пляну.

Здійснювати перелічені тут заходи нагляду й перевірки має не тільки наркомат та його сектори, але також (і мабуть значнішою мірою) обласні здороввідділи та міськрайздоровінспектури.

Відповідне використання загальної та спеціяльної преси місцевої, аж до стінної, набуває надто великої ваги.

6. Догана за марнотратство стат. матеріялів.

(розпорядження Наркома охорони здоров'я т. Канторовіча з 2 березня 1932 р.).

За доповіддю сектора медсанвиробництва та постачання спостерігається багато випадків, коли райздоровінспектури охорони здоров'я використовують форми документації не за прямим призначенням і взагалі марнотратно ставляться до витрачання цих матеріялів.

Зокрема, зразком такого безгосподарчого ставлення є лист Летичівського райздоровінспектора з 6. II—ц. р. до НКОЗ, що його написано на звороті картки віспощеплення.

Вважаючи такий факт безгосподарности за неприпустимий,—оголошую Летичівському райздоровінспектору т. Давиденкові догану й попереджую всіх міськ. та райздоровінспекторів охорони здоров'я, що в разі виявлення в дальшому таких випадків злочинно-недбайливого ставлення до витрачання надсиланих форм, відповідні райони будуть зніматись з постачання документацією, а винні притягатимуться до суворої відповідальности.

Цей наказ надіслати до всіх районів та оголосити в бюлетені НКОЗ.

Наркомздоров'я Канторовіч

Про сприяння від колгоспів справі медсандопомоги

До всіх колгоспників УСРР

Шановні товариші!

Бурхливе зростання колективізації сільського господарства поруч невпинного піднесення культурного рівня колгоспного селянства висувають нові надто відповідальні завдання в справі охорони здоров'я й вимагають цілковитої перебудови роботи органів охорони здоров'я на селі.

Проте, нинішній розвиток сільської медико-санітарної мережі і господарчий стан медсанзакладів набагато відстає від наявних потреб. Не зважаючи на те, що кожного року збільшуються державні асигнування на охорону здоров'я сільської людности, неможна коштами самої тільки держави задовольнити всі потреби щодо утворення нових медсанустанов ремонтування лікарняних будинків, забезпечення закладам охорони здоров'я всього потрібного постачання та встаткування. Тому, ліквідувати зазначену відсталість охорони здоров'я й піднести на належну височінь справу медсанобслуговування ми зможемо **лише за активної участи самих колгоспів у поліпшенні медсандопомоги, лише за найширшого розвитку творчої самодіяльности трудящого селянства і насамперед — колгоспників.**

У справі охорони здоров'я ми маємо вже блискучі зразки такої самодіяльности щодо організації літніх дитячих ясел: ще 2-3 роки тому ясла під час польових робіт охоплювали лише декілька десятків тисяч дітей, а вже минулого року кількість обслуговуваних яслами дітей дійшла 800.000; поточного року за активної підтримки й матеріяльної допомоги багатомільйонної маси колгоспників ця кількість збільшиться до $1^1/_2$ мільйонів дітей. Щоб дійти таких величезних успіхів не лише в галузі будівництва ясел, а й в інших галузях медично-санітарної роботи — треба щоб справі розвитку мережі установ охорони здоров'я, а також повсякденним потребам наявних лікарень, амбуляторій, дитконсультацій тощо — приділялося постійну непослабну увагу в роботі правлінь колгоспів та всього громадського активу на селі. На сьогодня такі питання, як запровадження поточного ремонту приміщень медсанзакладів, постачання їм окремих видів реманенту, що не потрібують фабричного виготовлення та що їх можна виготовити на місці, своєчасна заготівля й приставка палива, фуражу, льоду тощо для потреб лікарень, постачання хорим потрібної кількости продуктів харчування, задоволення потреб медсанзакладів у засобах пересування для відвідування хорих вдома, для проведення санохвітніх лекцій, запобіжних прищепок проти пошесних захорувань, — набули дуже істотного значення в практичній роботі установ охорони здоров'я і в задоволенні цих потреб повинні взяти участь і керівні організації колгоспів, і ввесь громадський актив колгоспників через виділення певних матеріялів та продуктів харчування з наявних колгоспних запасів та громадських фондів, **через допомогу власною робітничою силою й через обслуговування медустанов транспортними засобами колгоспів і виділення цим установам потрібного с.-г. реманенту для обробки належних їм ділянок землі.**

За умов гострого браку на селі дуже дешевих і водночас конче потрібних для належного медсанобслуговування колгоспної людности медико-санітарних установ (амбуляторій, пологових ліжок, акушерських пунктів, спрощених санаторій тощо) — величезної ваги набуває ініціятива та самодіяльність колгоспних організацій і широких мас колгоспників **у справі організації власними коштами й засобами таких установ, забезпечення їх приміщенями, потрібного обладнання та утримування.**

Дбаючи за поліпшення роботи медсанзакладів та поширення їхньої мережі, неможна забувати й за забезпечення медробітникам, що обслуговують колгоспи, потрібних умов праці й побуту, утворюючи навколо їхньої роботи сприятливе товариське оточення.

Центральний Комітет Всесоюзної Комуністичної Партії, ще в грудні 1929 року гостро підкреслив потребу поліпшити й посилити медично-санітарне обслуговування селянства.

XVII Всесоюзна партійна конференція, накреслюючи завдання на другу п'ятирічку, відзначила потребу дальшого культурно-економічного піднесення селянства на основі суцільної колективізації й машинізації сільського господарства, прагнучи поступовно усунути різницю в обслуговуванні міста й села.

Один із істотних засобів, спрямованих на здійснення цього настановлення, є забезпечити посилені темпи розвитку охорони здоров'я на селі й ліквідувати те відставання, що ми маємо на цей день у даній справі.

Так допоможімо ж виконанню директив партії та уряду і, здійснюючи гасло— „здоров'я трудящих є справа самих трудящих", спрямуймо свої зусилля й мобілізуймо свої засоби на утворення тої соціялістичної охорони здоров'я, яка потрібна новому колективізованому й культурнішому селянству.

м. Харків 9 травня 1932 р.

Заст. голови Укрколгоспцентру **Барабаш.**

Нарком охорони здоров'я УСРР **Канторовіч.**

IV. Об'яви та повідомлення

ТРИВАЄ ПЕРЕДПЛАТА НА 1932 РІК НА ЖУРНАЛ:

„Проблеми харчування"

Щомісячний журнал з питань харчування; журнал висвітлює науково-практичні та соціяльно-економічні питання в галузі харчування.

Співробітниками журналу є такі фахівці: лікарі, економісти, пляновики, керівники підприємств громадського харчування і т. інш.

Передплатна ціна: на 12 місяців—12 крб.
„ 6 „ — 6 „

Передплату приймає пошта скрізь у Радянському Союзі

2. **Інспектура Здоровохорони Кам'янеської міськради** оголошує конкурс на заміщення вільної посади санінспектора. М. Кам'янське — (30 клм од м. Дніпропетровського) „Южная магнитка"— великий робітничий центр, що має населення 160 тис.

Кандидати повинні мати 10—15 річний адміністративний та спеціяльний санітарний стаж. Надається житло.

Умови за згодою.

Особи, що бажають взяти участь в конкурсі, подають заяви з відповідними копіями документів про службу та стаж і рекомендації від громадських організацій до Інспектури здоровоохорони—м. Кам'янське, Дніпропетровської области, поліклініка, кімната № 40.

Редколегія: **Канторовіч С. І.** (Відповід. редактор), **Єфімов О. О.** (заступник редактора), **Залкінд А. Л.** (відповід. секретар).

ДВОУ УПП. 7 Друк. ім. Фрунзе. Харків, Дон.-Захарж., 6. Укрголовліт 2.833. Зам. 601. Прим. 6.500.

К.П.У.

ПРОЛЕТАРІ ВСІХ КРАЇН, ЄДНАЙТЕСЯ!

БЮЛЕТЕНЬ

НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

РІК ВИДАННЯ 8-й

Редакція: Наркомздоров'я УСРР, Харків, Буд. Держпромисловости 6-й під'їзд, 4 поверх

№ 9-10 | КВІТЕНЬ 1932 року | № 9-10

Харківська Держ. Бібліотека ім. В. Г. Короленка

ОГЛАВ

I. Всеукраїнська нарада в справі охорони здоров'я.

1. Основні настановлення другої п'ятилітки охорони здоров'я та завдання медсанорганізації (скорочений виклад стенограм виступів Наркома Охорони Здоров'я тов. Канторовіча).
2. Короткий зміст та основні настановлення доповідей на нараді.
3. Резолюції на доповідь про завдання охорони здоров'я на 2-у п'ятилітку та на доповіді з місць.

II. Офіційна частина.

Кадри. 88. Зміни в розподілі районів УСРР щодо обслуговування їх від інститутів удосконалення лікарів. 89. Положення про керівництво аспірантурою. 90. Про заочні курси помічників санлікарів. 91. Про скоріше вкомплектування складу слухачів заочних медтехнікумів. 92. Про постачання лікарям. Організаційна частина 93. Про харчове постачання лікустановам. 94. Угода на соцзмагання поміж ЦК спілки Медсантруд і ЦК спілки громхарч. 95. Про організаційне зміцнення апарату РЗІ і про поліпшення якости їх керівництва. 96. Про зміцнення зв'язку організацій та установ охорони здоров'я з членами ВУЦВК та ЦЬК СРСР, що працюють безпосередньо на підприємствах та в колгоспах. 97. Про складання звіту про наслідки всеукрдвомісячника збирання рацпропозицій. Охматдит та ОЗДП. 98. Про розгортання пологових ліжок у соцсекторі села. 99. Про активну імунізацію дітей проти дифтерії. 100. Про охоплення яслами дітей начскладу Червоної Армії. 101. Про виїзні консультації. 102 Про розгорнення мережі сезонних ясел до прополочної кампанії. 103. Про організацію радіо-курсів для ясельних робітників. 104. Про організацію педологічної роботи в УССР. 105. Про вилучення з дитбудинків НКО дітей з невропсихічними аномаліями. 106. Про плян та контрольні числа оздоровлення дітей та підлітків на 1932 р. 107. Про надсилку до НКОЗ плянів виконання постанови ЦК ВКП(б) з 21-IV 1932 р. на 1932-1933 шкільний рік. 108. Про участь органів здоровоохорони в місячнику перевірки виконання постанови ЦК ВКП(б) про школу. Оздоровлення побуту та попередження розвитку пошесних захворувань. 109. Про саносвітню роботу в галузі боротьби з кишковими захворуваннями. 110. Про організацію курсів медсантехпропаганди. Лікпрофчастина. 111. Про рішуче покращення медсанобслуговування робітників радгоспів та МТС (типовий договір між НКОЗ та с.-г. трестами). 112. Порядок переведення складних та повторних судово-медичних експертиз. 113. Про порядок сплати за медобслуговування кооперованих інвалідів, членів Інстрахкас. Бюджет. 114. Про незалучення фондів меддопомоги застрахованим до місцевих бюджетів.

III. Із діяльности Наркомздоров'я та його секторів.

1. Про стан медично-санітарного обслуговування робітників провідної промисловости (постанова ЦКК НК РСІ). 2. Задовільна робота Васильківської РЗІ (на Дніпропетровщині). 3. Гарна робота харківських студентів-медиків. 4. Нагорода робітникам Дніпропетровської промсанстанції. 5. Преміювано гарного робітника.

IV. Об'яви та повідомлення.

1. Про розповсюдження виробів наочних приладь інституту охорони здоров'я.

Всеукраїнська нарада в справах охорони здоров'я

(Короткий протокольний звіт)

1. Основні настановлення другої 5-літки охорони здоров'я та завдання медсанорганізації

(Скорочений виклад стенограм виступів Наркома Охорони Здоров'я т. Канторовіча С. І.)

Завдання охорони здоров'я у другій п'ятилітці

Головні політичні настановлення, що їх ухвалила XVII партконференція, затверджуючи директиви до складання п'ятилітки, сходять на те, щоб остаточно ліквідувати капіталістичні елементи в нашій країні, цілком знищити причини, що породжують клясові відміни, перетворити трудящу людність нашої країни на свідомих і культурних будівників безклясового соціялістичного суспільства та створити належні умови для цього будівництва, ґрунтовно поліпшивши добробут робітничих і селянських мас.

Відповідно до цього основні проблеми, поставлені перед здоровоохороною у 2-й п'ятилітці — це зменшити захворуваність і смертність, чимало збільшити продукційність праці та максимально оздоровити умови праці й побуту.

Конкретні настановлення, що виникають із цих проблем, такі: піднести на вищий щабель всю лікувально-профілактичну справу, широко розвиваючи сітку медпрофзакладів та найшвидше переводячи її на систему єдиного диспансеру; здійснити технічну реконструкцію здоровоохорони, максимально наблизити медсанобслуговування до виробництва, розгортаючи роботу коло організації медсанцехів та спеціяльних видів меддопомоги; провести широкі санітарно-оздоровні заходи, на здійснення яких треба мобілізувати всю медсанорганізацію; піднести на належну висоčінь впорядкування залюднених пунктів, комунального й житлового господарства, вжити рішучих протиепідемічних заходів, створити здорову соціялістичну зміну, провадячи масові заходи в галузі охорони материнства і дитинства, організувати здорове й повноцінне громадське харчування, масовий робітничий відпочинок; організувати громадську самодіяльність, розгорнути широку санітарно-освітню й санітарно-культурну роботу, поширюючи мережу санітарно-освітніх баз та залучаючи робітничий і колгоспний актив до роботи в галузі здоровоохорони, відкриваючи масові університети, беручи активну участь у соціялістичному перевиховуванні всієї маси трудящих нашої країни.

Щоб здійснити всі ті настановлення 2-го п'ятирічного пляну, треба насамперед піднести на соціялістичний рівень свідомість медично-санітарної організації, впровадити соціялістичні методи в її роботі, допомогти їй цілком опанувати марксівсько-ленінську теорію та вміло застосувати цю теорію в боротьбі за соціялізм.

Наближення медсанобслуговування до виробництва

Величезні завдання, що стоять перед нашою країною в технічній реконструкції народнього господарства 2-ої п'ятилітки, у створенні новішої технічної бази для всіх галузей його, висувають перед органами здоровоохорони потребу максимально наблизити медсанроботу до виробництва, активно розвивати боротьбу з профзахворуваннями і травматизмом та оздоровити умови праці і виробничий побут. Треба всіляко прагнути піднести санітарний та гігієнічний рівень на виробництві на вищий щабель. Культурний відпочинок, фізкультура, заводське харчування з дієтетичними відділками, гігієнічні душі, масовий робітничий відпочинок взагалі — ось оформлення виробничого побуту в 2-й п'ятилітці.

У зв'язку з оздоровленням виробничого побуту стоять питання масового робітничого відпочинку, розвитку туризма, організації парків культури і відпочинку, спеціяльних будинків відпочинку, насамперед — для робітників провідних галузей промисловости. Цим питанням треба віддати виняткову увагу в пляні оздоровних заходів.

Основна частина єдиного диспансера — медсанцех — має стати провідником усіх цих форм, зробившись органічною частиною підприємства, впроваджуючи свою роботу не тільки в виробничі процеси, а й до побуту робітника. Через медсанцех медсанорганізація може й повинна зв'язати свою роботу з виробництвом.

Медсанцех у цілому ще не посів на виробництві того місця, що його має посідати, ще не охопив усіх своїх функцій. Проте, вже зрозуміло, що ця форма медсанроботи цілком виправдала себе, підводячи медсанорганізацію щільно до виробництва, змушуючи її жити інтересами і потребами робітничої кляси, створюючи для цієї маси здорові умови праці й побуту, брати активну участь у боротьбі країни за вугілля і метал, за реалізацію плянів машинобудування, за закінчення на строк новобудів, за реконструкцію й поліпшення роботи транспорту тощо.

Медсанцех — безперечно вузловий центральний пункт усієї медсанроботи. Потреба в ньому настільки очевидна і настільки пройняла свідомість мас, що питання про організацію

медсанцехів уже не ставлять більше; вони є факт, якого визнано та який увійшов у життя. Проте, медсанцех уявляється тільки, як невіддільна частина єдиного диспансеру; відірваний від цієї загальної єдиної системи, медсанцех не буде життєздатний і не зможе правильно організувати свою роботу.

Звідси — диспансеризація повинна бути одним із основних завдань моменту. Медично-санітарна сітка повинна бути якнайшвидше переведена на систему єдиного диспансера. Хай ці знову організовані єдині диспансери будуть далеко незакінчені та невдосконалі, але цей перевід допоможе втілити диспансерні методи в роботу медсанорганізації й означатиме переворот у цій роботі, високе піднесення виробничого ентузіазму.

Обслуговування села

Створення в другій п'ятилітці умов, що забезпечують цілковите усунення протилежностей між містом і селом, є підстава максимально наблизити медично-санітарне обслуговування до колективізованої сільської людности, поряд здійснення системи оздоровних заходів на селі, провадячи диспансеризації, та організації диференційованої кваліфікованої меддопомоги селу.

У роботі областей обслуговуванню села треба приділити не менш уваги, ніж обслуговуванню промисловости.

Ми повинні віддати максимум уваги виробничому побуту в сільському господарстві, прагнути того, щоб організаційні форми медсанроботи на селі розвивалися тим самим шляхом, що й у місті. Ми повинні дбати за організацію медсанцехів у радгоспах і машинотракторних станціях, ставити до них ті самі вимоги, що й до цехів на фабриках і заводах. Треба зробити ґрунтовний перелам у громадському харчуванні на селі, пристосувати його до умов сільсько-господарської праці. Ми повинні, врешті організувати широку освітню роботу, впроваджуючи в свідомість колгоспника нові соціялістичні звички й ліквідуючи дрібно-буржуазні й індивідуалістичні забобони. Щодо цього, то роля медробітника, який близько стикається з побутом села, дуже велика.

До цього часу ми не маємо переважного обслуговування колгоспника; тимчасом цього переважного обслуговування треба дійти за всяку ціну не тільки в сільській сітці, але й у місті та містечку. Медичну сітку таких міст, як Гумань, Гайсин та інш., треба використувати на 99% для колгоспів.

Проте, наявна сітка зовсім недостатня і не може обслужити село. Треба значно розширити сільську сітку, головне, за допомогою колгоспів. Області повинні заходитись навколо організації цієї кампанії, як енергійніше, бо вона є один із засобів розв'язати проблеми, що стоять перед здоровоохороною. Сподіватися великого збільшення асиґнувань на потреби здоровоохорони з місцевого бюджету 1933 р. не можна. Тому треба негайно стати на шлях угод з окремими колгоспами з приводу організації ясел, амбуляторій, консультацій, розгорнення пологових ліжок (по 4-5-10 на селі), та інш. Здебільшого колгоспи надзвичайно зацікавлені в розгорненні нової сітки, що обслуговувала б їхні потреби, та в поліпшенні наявної, і умовлятись про таке поширення треба безпосередньо на місцях з правлінням колгоспів, а не через колгоспцентр. У наслідок цього за умови виявлення енерґії та ініціятиви від медсанорганізації ці знову створені, розкидані по селах окремі медсанодиниці, хоча б їх обслуговували акушерки та лікпоми замість лікарів, в цілому дадуть вельмі значне збільшення сітки.

Якість роботи медсансітки. Організаційні питання

Якість роботи медсансітки треба значно підвищити. Треба прагнути того, щоб організувати діяльність органів здоровоохорони за принципом роботи на виробництві, обов'язково будуючи плян і доводячи його до всіх дільниць роботи, мобілізуючи навколо того або іншого ударного питання в житті лікустанови увагу всього її колективу. Треба провадити систематичні масові обслідування лікувальних установ, організувати виробничі наради, віддати найсерйознішу увагу якісному підбору робітників, зокрема — адмгосперсонала, переважно висовуючи на господарчу роботу робітників даної ж установи. Добре підібраний адмгосперсонал має величезну вагу для впорядкування лікувальної сітки та підготовки її до другої п'ятилітки.

Треба взятися до зміцнення апарату райздоровінспектур, насамперед підбираючи райздоровінспекторів і прагнучи того, щоб знаходити їх на місці з числа лікарів даного району. Райздоровінспектор повинен через непослабний контроль та догляд підтримувати певний тонус у роботі своєї районової сітки. Потрібно утворити такі умови, які забезпечували б можливість подібного контролю. Конче потрібно організувати інститут позаштатних інспекторів, утворити мінімальний технічний апарат в особі рахівника, статистика, особливо в великих здоровінспектурах; скликати лікарські конференції, організовувати наукові ради, в яких обговорювати всі принципові плянові та інші питання, і т. інш.

Стимулом до підвищення якости медсандопомоги повинні бути наслідки нових взаємовідносин, що їх встановлюється між органами охорони здоров'я та страхкасами. Страхові органи тепер висувають вимогу складати умови між медсанорганізацією та окремими страхпунктами на виконання тих або тих заходів обслуговування робітничої маси. В разі невиконання умови, страхкаса закриває кредит. Така система контролю карбованцем дасть змогу конкретизувати медсанроботу, притягти до неї робітничий актив, поставивши її під контроль мас, стежити за реалізацією накресленого пляну в процесі роботи, не чекаючи на закінчення оперативно-господарського року, — отже, має величезну політичну й практичну вагу.

Впроваджувати цей захід 1932 р. повністю не можна через непідготованість до нього периферії, зокрема — Донбасу та промрайонів. Тому поточного року угоди складають лише з певною кількостю страхових пунктів на найбільших підприємствах, принципова ж ідея, що її висунули страхові органи, як цілком правильна та корисна — прийнята повністю.

Реалізація 6 настановлень тов. Сталіна.

У зв'язку з питанням про якість роботи медсанорганізації виникає питання як саме медсанорганізація підготована до реалізації тих величезних завдань, що вона має розв'язати протягом 2-ої п'ятилітки.

Найважливіша й найпотрібніша умова цього готування і ключ до вирішення всіх питань організації медсанроботи є реалізація 6 історичних настановлень тов. Сталіна. Треба, щоб усі медично-санітарні робітники усвідомили виняткову величезну вагу цієї справи.

Насамперед слід підкреслити значення та потребу втілення принципу пляновости в нашу роботу. Оскільки плянова засада чимраз більше проймає та об'єднує все наше народне господарство, ми повинні плянувати охорону здоров'я в повному обсязі. Виходячи з цього, ми можемо й повинні встановити орієнтовні ліміти і в таких питаннях п'ятилітки, як зниження захорувальности та смертности, збільшення народжуваности і тривалости життя.

Другий п'ятилітній плян треба не тільки скласти, але й організувати за допомогою конкретного чіткого оперативного керівництва і поруч цього встановити контроль за реалізацією цього пляну в усій системі здоровоохорони. Тому ж принципу пляновости треба підпорядкувати роботу кожної окремої одиниці в цій системі. Плян

овість повинна бути організована зверху донизу; кустарщина та стихійність підлягають остаточному вижиттю.

Організований набір робітничої сили забезпечується через зв'язок з колгоспами та обслуговування їх порядком шефства. Ліквідація знеосібки, яка доходить виняткових меж, особливо щодо хворого, який часто-густо потрапляє в поліклініці щодня до нового лікаря, якого часто в лікарні не знає палатна сестра; питання механізації і раціоналізації роботи, правильне розміщення сил, організація госпрозрахунку мають стати організувальними чинниками в житті всієї маси лікпрофустанов.

Щодо поліпшення матеріяльно-побутових умов медробітників, то в межах можливостей які має охорона здоров'я, можна домогтися багато дечого. Ліквідація зрівнялівки в зарплатні, організація їдалень, ясел, розподільників, допоміжних господарських підприємств, цілий ряд заходів підвищити кваліфікацію медробітників і залучити їх до наукової роботи: організація місцевої інтернатури, наукові відрядження, конференції, постачання літератури, виробниче та заочне навчання для середнього і молодшого персоналу, — всі ці заходи цілком можна здійснити й вони дадуть великі наслідки у зменшенні плинности нашої робітної сили.

Величезне значення для реалізації 6 умов тов. Сталіна в медично-санітарній справі має чітко запроваджена єдиноначальність і конкретне керівництво від організації, що стоїть на чолі та особи, що завідує установою, з цілковитим усвідомленням відповідальности за свою дільницю роботи. З другого боку, потрібно для цього ж втілити й правильно поставити ударництво і соцзмагання у житті лікпрофзакладів. Отже, організувати керівництво й контроль та розвинути соціялістичні форми праці—править за одне з найважливіших завдань медсанорганізації у 2 п'ятилітці.

Зразками установ, де реалізація 6 вказівок тов. Сталіна є фактичне досягнення, де соцзмагання справді підносить виробничий ентузіязм робітників, де за ударників вважають тільки тих, хто справді працює ударно,—є друга робітнича лікарня в Дніпропетровському, Зінов'ївська робітнича лікарня. Тут маємо організованість, те чутливе і товариське ставлення до хворого і суворе ставлення до самого себе, до виконання своїх обов'язків, що є запорука здоровому життю лікустанови.

Можна зазначити ще ряд установ, в яких постановка роботи та ставлення до неї є на належній височині (дитячі лікарні в Дніпропетровському та Харкові, на Брянці, Горлівська лікарня та інш.). На ці найкращі приклади повинна рівнятися вся сітка, використовуючи їхній досвід та досягнення.

Єдиний плян оздоровних заходів.

Постановою уряду на органи здоровоохорони покладено обов'язок єдиного плянування оздоровних заходів у всій країні, незалежно від того, яке урядництво або організація провадить ці заходи. До цього найважливішого завдання треба підготуватися всій медсанорганізації і залучити до розв'язання його широкий робітничо-селянський актив. Це значить, що кожна окрема рай або міськздоровінспектура у щільному контакті з місцевими організаціями і робітничою та колгоспною масою повинна накреслити й розробити плян оздоровних заходів у даному районі або місці на всі роки п'ятилітки. Це завдання цілком реальне, але значимість його висуває потребу підвести під єдиний плян оздоровних заходів солідну наукову базу. Це ще більше посилює увагу й ролю наукових інститутів та їхніх опорних баз. Розвиток сітки наукових опорних пунктів при єдиних диспансерах, медсанцехи, зокрема — при фізіолого-гігієнічних ляборагоріях при міжрайонних і окремих великих лікпрофзакладах—дасть змогу інститутам зв'язатися з периферією, і забезпечити областям і районам солідну наукову консультацію, що в ній на місцях величезна потреба. За таких умов ми матимемо право вимагати від кожного району, щоб він дав свій як слід розроблений і уґрунтований плян оздоровних заходів.

Організація всієї цієї справи потребує великої та відповідальної роботи, але ефект, що його дасть систематичне залучення маси медробітників периферії до наукової роботи, безперечний.

Зважаючи на це, ми повинні подбати про зміцнення всеукраїнських методичних центрів щоб вони могли взяти на себе належне керівництво всією периферією.

Боротьба за чистоту.

У центрі боротьби за чистоту стоїть проведення санітарного мінімуму. У цій галузі органи здоровоохорони повинні мобілізувати широку робітничу та колгоспну громадськість навколо здійснення санітарних заходів, не зупиняючись перед суворими репресіями. Зрозуміло, що завдання санітарії та протиепідемічні завдання повинна здійснювати насамперед санорганізація, але серйозну допомогу в цій справі можуть надати адміністративні органи. У Києві на чолі боротьби з антисанітарією стоїть комендант міста, і є чимало досягнень у цій галузі. Треба пам'ятати, що завдання привести країну в належний санітарний стан ЦК партії поставив перед медсанорганізацією, як бойову директиву, що підлягає безумовному виконанню. Це основне настановлення повинно глибоко просякнути нашу свідомість. Всю медсанорганізацію треба притягнути до запровадження санітарних і протиепідемічних заходів у країні.

Треба примусити масу усвідомити винятково важливість справи боротьби за чистоту, за санітарію. Запровадження санітарії в робітничих селищах, гуртожитках, їдальнях, заводах, шахтах, боротьба з мухами і паразитами, забезпечення лазнями і пральнями — всі ці заходи треба провадити бойовим порядком, бо вони якнайщільніше зв'язані з піднесенням продукційности праці, отже, з реалізацією промфінпляну. Подруге, ці заходи мають першочергове значення в боротьбі з епідемічними захворуваннями, ряд яких в перспективі 2-ої п'ятилітки має бути або цілком або чималою мірою ліквідований.

Тому треба вжити рішучих заходів, щоб очистити міста і залюднені пункти лінією комунального та житлового господарства, впорядкувати водопостачання, впровадити принцип боротьби за чистоту та оздоровлення побуту в житлокоопах. Треба поставити категоричну вимогу до господарських органів здійснити негайно санмінімум, не припускаючи ніяких поступок. Треба запропонувати госпорганам ряд конкретних заходів з відповідними інструкціями щодо того або іншого об'єкта, що виникають із загального пляну проведення санмінімума, календаризуючи їх та провадячи сугубо конкретний і жорсткий контроль за їх реалізацією. Потрібно організувати інститут прикріплених лікарів, що здійснюють цей контроль, треба домогтися того, щоб госпоргани оплачували цих лікарів. Дуже доцільно було б пригнати до цієї справи студентів-медиків. Знову зорганізовуваний інститут громадських сануповноважених повинен бути запроваджений якнайскоріше. Треба врешті якнайшвидше розгорнути практичну роботу єдиного т-ва оздоровлення праці й побуту, в наслідок чого мобілізована робітнича громадськість сама вимагатиме і стежитиме за чистотою і порядком і за здійсненням масових оздоровних заходів.

Здоровосередки, житлосанкоми та інші форми громадської самодіяльности повинні розгорнутися на всю широчінь, тому, що поки робітничу та селянську громадськість не мобілізують навколо медично-санітарної справи,—медсанорганізація не користуватиметься з авторитету, і робота її не буде успішна.

Роля саносвітроботи в справі боротьби за чистоту дуже велика. Треба, щоб ця робота почувалася на кожному заводі, цеху, клюбі, скрізь, де буває робітнича та селянська маса.

Одне з бойових завдань моменту, що до нього області повинні взятися негайно, є поголівне віспощеплення, що його проводять тепер, зокрема — перевірка якости цієї роботи. Цей захід треба впроваджувати дуже жорстоко. Так само кампанія щеплень проти черевного тифу має найважливіше значення і повинна бути проведена повнотою. Далі треба звернути серйозну увагу на організацію ізопропунктів та примитивних лазень, використовуючи для цього вільні хати, на ліквідацію дитячої безпритульности—досить важливий елемент у протиепідемічній боротьбі.

Готування кадрів.

Питання про кадри треба розв'язувати, реорганізуючи мединститути на обласні інститути готування медичних кадрів із тим, щоб ці інститути взяли на себе підготувати робітників вищого, середнього і молодшого персоналу, підвищувати їхню кваліфікацію, дбати за перекваліфікацію, організувати виробниче й заочне навчання та все організаційне і методичне керівництво готуванням кадрів. Треба залучити до цієї надзвичайно важливої справи всю периферію, клінічну та науково-дослідну сітку, використавши всі можливості формувати нові кадри робітників здоровоохорони.

Перевід мединститутів на систему обласних кадрових інститутів слід розрахувати на кінець року, а поки що зав. облздоровввідділів є уповноважені з питань кадрів та науки в області і треба, щоб області своїми силами, а за їхнім керівництвом і райони, взялися до підготовки кадрів на місцях.

Висувана тепер нова форма — науково-учбові комбінати—дасть змогу притягти до справи готування кадрів наукові інститути і периферійну сітку в усьому обсязі. Треба звернути увагу на якість продукції наших медвузів та технікумів, уточнити умови прийому до них, розпочати індивідуальну перевірку студентів. Організація студентських наукових гуртків, поліпшення матеріяльно-побутових умов студентства також входять до складу заходів, спрямованих на поліпшення справи готування кадрів. З другого боку, треба притягти професуру до активного викладання, підсилити її відповідальність за підготовку кадрів, а для цього піднести її авторитет.

За останній рік велику вагу віддано виробничому навчанню і надалі цьому навчанню треба надати ширшого розмаху, замінюючи ним заочне навчання там, де це можливо. Тут треба

розгорнути максимальну ініціятиву, залучаючи до виробничого навчання якомога більше робітників середнього та молодшого персоналу. Треба віддати виключну увагу навчанню медперсонала в процесі самої роботи. Всі ці заходи, спрямовані на підвищення кваліфікації, є міцна зброя в боротьбі з плинністю персоналу.

Порядком цієї ж боротьби треба встановити розподіл кадрів в основному в межах кожної даної області.

Нарешті, дуже серйозну увагу треба приділити підготовці санітарних техніків та інженерів у зв'язку з розвитком житлової і комунальної справи і зростанням потреби в цій спеціяльності.

Бюджет.

У галузі бюджету 1932 р. перед нами, зокрема перед периферією, стоїть найвідповідальніше завдання — мобілізація коштів. Якщо, з одного боку, області та райони за повторного перегляду районних бюджетів мають домагатися збільшення асиґнувань з місцевого бюджету, то з другого боку, аж ніяк не можна орієнтуватися на одні лише бюджетові асиґнування, бо ні бюджет, ані фонд меддопомоги не зможуть дати охороні здоров'я потрібні їй кошти. Тому треба цілком використати все наявне законодавство щодо фінансування медично-санітарних заходів, притягуючи кошти з усіх установлених порядком закону джерел—соцстрах, УЧХ, промисловість, робітнича та сільсько-господарська кооперація і т. інш. В цій справі величезне організаційне значення має складання єдиного фінансового пляну так від кожної области, як під керівництвом области і від кожного району. Єдиний фінансовий плян повинен охопити всі заходи медично-санітарного і оздоровного характеру, встановити календар виконання їх, розмір потрібних коштів і джерела асиґнувань, урахувавши всі можливості позабюджетового порядку, аж до дрібних, як спецприбутки і інш. На підставі цього єдиного фінпляну периферія має взятися до дійсної мобілізації коштів. Поруч цього належить організувати чіткий контроль за виконанням всіх накреслених лінією різних урядництв та організацій заходів, в іншому разі робота матиме стихійний характер і реалізацію пляна буде поставлено під загрозу.

Цілком неприпустимо не використовувати повністю відпущені на здоровоохорону кредити, що спостерігається кожного року. Області повинні стежити за повною реалізацією кредитів. Далі треба встановити порядок своєчасного складання та подачі фінансової відчитности, вживаючи в цій галузі найрішучіших заходів впливу, аж до закриття кредитів.

Медсанбудівництво.

У справі будівництва 1932 р. використання всіх можливостей і зокрема—всіх місцевих можливостей — промисловости, госпорганів — має вирішальну вагу. На 2-й квартал капіталовкладання встановлено розміром 13 міл. карб., з них ліміти на будівні матеріяли становлять 5 міл. карб., при чому $3^1/_2$ міл. мають певне призначення. Тимчасом медично-санітарна сітка повинна бути, з одного боку, за всяку ціну поширена, а, з другого боку, приведена в належний стан за допомогою капітального ремонту. Цілком ясно, що доконечною умовою успішности будівної кампанії поточного року повинна бути якнайширша мобілізація місцевих будівних ресурсів, при чому, вишукуючи можливості, впливаючи на належні урядництва та організації і на самі райони, що здійснюють будівництво, треба виявляти винятково жорсткість. Настановлення повинно бути таке: цього року будівництво провадитиме той район, який зуміє організувати справу і мобілізувати будівні матеріяли: район же, який не дійде енерґійних темпів будівництва, буде позбавлений даних йому кредитів, щоб уникнути неприпустимого змертвлення капіталу. Такий захід піднесе відповідальність місць, ствердить принцип децентралізації, особливо потрібний в справі будівництва, і покличе до життя місцеву ініціятиву.

Треба, щоб на кожному будівництві, яке провадять органи охорони здоров'я, була особа, відповідальна за догляд над якістю будівництва. Треба провадити приймання закінчених об'єктів організованим порядком, щоб будівні контори усували відзначені контролем дефекти в процесі самого будівництва і за свій рахунок. Треба за всяку ціну домогтися здешевлення будівництва. Особливу увагу належить віддати спрощеному будівництву, зокрема на селі, і поверненню приміщень, які були взяті у медсанорганізацій. Придбання будинків теж має допомагати розв'язанню проблеми поширення сітки. Використання вільних від мешканців хат для лазень примітивного типу, будинків кол. манастирів, палаців для дитячих установ і для потреб санаторно-курортної справи—все це є заходи великої ваги, що підлягають здійсненню підчас поточної будівної кампанії.

Тепер вирішено питання про утворення треста лікарняно-шкільного будівництва, а на місцях у будконторах—відділків цього будівництва. З організаційного боку ця постанова безперечно значно сприятиме розгортанню медично-санітарного будівництва.

Організація виробництв.

Використання місцевих ресурсів і ініціятиву треба широко розгорнути також у справі організації виробництва. Цій справі здоровінспектури приділяють занадто мало уваги. Треба притягти до неї кустарів, що мають досвід у медсанвиробництві, наукові інститути й особливо ВАУ. Треба відзначити, що аптеки взагалі завантажені величезною кількістю сторонніх їм функцій, тому в галузі аптечної справи чергові завдання—це розвантажити аптеки від цих функцій і переключити на переважну організацію виробництва, а також загалом раціоналізувати аптечну справу.

Всі наведені тут питання мають цілком конкретний характер і вимагають негайного вирішення.

До початку другої п'ятилітки медсанорганізація має лише 8 місяців, щоб провести величезну організаційну й підготовну роботу. Маса медсанробітників повинна максимально активізувати роботу, щоб посісти почесне місце у розв'язанні величезних історичної ваги завдань, що їх поставила XVII партконференція та що їх треба здійснити протягом 2-ої п'ятилітки.

2. Короткий зміст та основні настановлення доповідей на нараді

Про завдання охорони здоров'я на другу п'ятирічку доповідав тов. КОГАН С. С.

Доповідач зазначив насамперед, що завдання охорони здоров'я на другу п'ятирічку повнотою ґрунтуються й повинні виходити з настановлень XVII партійної конференції. Остання взяла за основу „остаточну ліквідацію капіталістичних елементів і кляс взагалі, знищення причин, що з них виходять клясові відміни та визиск і подолання пережитків капіталізму в економіці та свідомості людей, перетворення всієї трудящої людности на свідомих і активних будівників безклясового соціялістичного суспільства".

Звідси безпосередньо виходять надзвичайно актуальні завдання—рішуче й переможно боротися за зменшення захорувальности, за ґрунтовне оздоровлення праці, побуту, інтенсивне вкорінення в широких масах трудящих санітарної культури, ефективне відродження творчих сил трудящих тощо.

Перед охороною здоров'я стоять величезні завдання, що потрібують глибокого опрацювання та вивчення.

Усі медсанустанови (насамперед — санстанції, медсанцехи, медпункти), повинні перетворитися на осередки соціялістичного перевиховування людей, на допоміжні ляборатории формування соціялістичної свідомости людей для боротьби за здорового свідомого будівника безклясового соц. суспільства.

Цього органи охорони здоров'я повинні дійти, виконуючи та перевиконуючи свої специфічні мед. санітарні промфінпляни, вмикаючись водночас у загальну шерегу бійців за вищу продукційність праці, за більшовицькі темпи виконання завдань промисловости та розвитку всього народнього господарства.

Другої п'ятилітки охорона здоров'я повинна зробити великі вклади в справу розвитку комунального господарства, на основі рішень червневого пленуму ЦК ВКП та XVII партконференції. Це означає, що здоровоохорона повинна перебудувати свою роботу на широкі оздоровні профілактичні заходи, на те, щоб вона вела перед у цій роботі, вмикаючись у роботу комгоспів і міськгоспів.

Санітарний нагляд мусить озброїтися відповідною технічною та матеріяльною базою та здійснювати ось які провідні заходи боротьби: 1) саноздоровлення країни; 2) нові форми соціялістичної праці; 3) культурне житло; 4) за здорову воду для пиття; 5) за ліквідацію санітарної неписьменности та інш.

У заходах дальшого посиленого притягування трудящих до здоровоохоронної роботи повинні велику ролю відограти масові університети, що надалі повинні утворюватись не лише по великих центрах, але мати філії по сільських районах і великих підприємствах.

Уся робота з саносвіти, розгалужена відповідно до особливостей і потреб обслуговуваної маси — виробництва, установи, повинна і собі теж перебудуватися на завдання соціялістичного виховання мед. санітарних робітників, пов'язуючись із сприянням виконанню завдань всього народнього господарства.

Постанова XVII партконференції про те, що „основною й вирішальною господарчою задачею 2-ої п'ятилітки є вивершити реконструкцію цілого народнього господарства, створити найновішу технічну базу для всіх галузей народнього господарства", — для охорони народнього здоров'я означає нечуваний розмах у здійсненні найширших заходів оздоровлення праці й виробничого побуту в усіх галузях народнього господарства. І в цій галузі здоровоохороні належить розв'язати насамперед такі завдання:

а) Завдати рішучого вдару так званим профшкідливостям на виробництві, розгортаючи глибоку боротьбу за удосконалену машину, за здорове санітарне та гігієнічне оточення на виробництві;

б) систематично та пляново боротися з професійним травматизмом, скерувавши цю боротьбу на цілковите його викорінення; покласти край стихійному впливові травматизма на виробництві 3) створити вже протягом 2-ої п'ятилітки умови для ліквідації травматизма в основному, як масового явища, на фоні соціялістичної реконструкції та розвитку медично-санітарної справи;

в) дійти розгорнутого оформлення виробничого побуту теж на найновішій технічній базі (душі, фізкультура, культурний відпочинок, гарне харчування з дієтвідді[illegible]ками тощо). [illegible] звичайно, на долю мед. сан. цеха припадає обов'язок стати за справжню ор[illegible]ганічну частину [illegible] заводу, взявши до своїх рук не лише загальне керівництво заход[illegible] [illegible]и охорони здоров'я, [illegible] щільно пов'язуючи їх із завданнями раціонального використання та [illegible]). про[illegible]дночас збереження ро[illegible]ної сили, досягнення найбільшої ефективности праці тощо. [illegible]льно[illegible]

Охороні здоров'я належить велика роля в справі створення найновішої енерґетичної бази, поступового впровадження електроенерґії в сільському господарстві, в справі використання величезних ресурсів водної енерґії, кам'яновугільних покладів тощо (з постанови XVII партконференції), боротьби за 120 міл. тонн річного видобутку вугілля на кінець 2-ої п'ятилітки, за 11 міл. тонн чавуну, за збільшення машинобудівництва та інш. та інш. Це означає, що галузеве плянування охорони здоров'я (в такий спосіб НКОЗ спрямовує роботу вже з 1930 р.) повинно протягом 2-ої п'ятилітки набути найвищого оформлення.

Настанова XVII партконференції говорить, що цілковита колективізація сільського господарства, зростання великих державних сіль-госп. підприємств та озброєння радгоспів і колгоспів передовою машинною технікою на ділі перетворює сільсько-господарську працю на одміну праці індустріяльної. Відповідно цьому XVII партконференція висунула ряд завдань.

Лінією охорони здоров'я ці завдання такі:

а) перебудувати всю охоронну та медично-профілактичну роботу на селі, підпорядковуючи її завданням виконання та перевиконання народньо-господарських плянів в галузі сільського господарства. Тут організаційні форми оздоровлення соціялістичного села треба щільно підвести до форм, що є по містах. Окрема найбільша увага належить справі виробничого побуту в сільсько-господарській праці (механізація громадського харчування на селі, поліпшення комунального будівництва).

Боротьба за здорову соціялістичну зміну повинна охопити собою всю проблему реґенерації населення від реґулювання народжености до безпосереднього вливання в соціялістичне виробництво свіжих трудових творчих сил: на перший плян висуваються заходи боротьби за зменшення захорувавости та смертности, а насамперед смертности немовлят.

б) Охорона здоров'я, виявляючи своє соціялістичне ставлення до народжуваности, повинна вести в цій справі широку більшовицьку пропаґанду, прагнучи піднести народженість та різко зменшити абортивність.

в) Широко розгорнута мережа консультацій охорони матерей і немовлят повинна лінією промисловости на 100%, а на селі—в основному охопити всіх вагітних, породіль і матерів, що годують немовлят.

г) Ясельна мережа повинна цілком задовольнити потреби трудящих промисловости і протягом 2-ої п'ятилітки мусить на 100% охопити трудящих соц. села.

Окремої уваги вимагає справа запровадження фізкультури, раціоналізації педагогічних процесів і піднесення шкільної обстанови та режиму дня школяра на вищій санітарно-гігієнічний рівень.

Настанову XVII партконференції щодо розв'язання проблеми технічних кадрів треба стосовно до діяльности охорони здоров'я висловити такими завданнями, щоб піднести на належну височінь справу охорони здоров'я технічних кадрів країни, забезпечити зміну кваліфікованих технічних кадрів, через належну кваліфікацію професійного добору, профконсультації та психотехніки.

Протягом 2-ої п'ятилітки має розгорнутим фронтом розвинутися реконструкція справи охорони здоров'я на основі заглиблення системи й метод єдиного диспансерного обслуговування трудящих.

Роблячи, як і досі та ще більшою мірою, наголос на запровадженні широких, оздоровних і санітарних заходів, органи охорони здоров'я повинні водночас підносити на значну височінь всі види і форми кваліфікованого та спеціялізованого медпроф. обслуговування, прямуючи на максимальну профілактизацію лік. допомоги трудящим (розширюючи континґенти диспансеризованих, тих, що підлягають профілактичним оглядам, та інш.).

За основні типові ланки організації охорони здоров'я на другу п'ятилітку повинні передусім стати такі, що на основі діялектичного зв'язку завдань соцбудівництва та охорони здоров'я трудящих на соц. гігієнічній основі, забезпечували б єдність плянування оздоровних заходів, незалежно від того, які відомства та організації їх здійснюють. За такі ланки правитимуть мед. сан. пункт на промислових або с.-госп. підприємствах, а також окремих частинах цих підприємств, медсанцех на промислових або великих с.-господарських підприємствах та єдиний диспансер на найбільших підприємствах, у промислових містах і районах та в основному—по одному диспансеру в райцентрах провідних с.-госп. р-нів.

Кожна з наведених ланок здоровоохоронних закладів мусить мати конкретно визначений комплекс диференційованих функцій, скерованих і на санітарне оздоровлення, і на медично-профілактичне оболуговування, і на санітарно культурну обробку та обслуговування. Кожна з цих ланок, стосовно до свого об'єкту та залежно від обсягу й змісту властивої їй діяльности, повинна цілком просякнутися соціяльно-гігієнічною методологією, з усіх боків охоплюючи об'єкт, підносячи його на значну сан. гігієнічну височінь, посуваючи наперед соціялістичне будівництво.

Чітка диференційована мережа типових мед. сан. установ дає змогу центральним і місцевим органам охорони здоров'я по-новому здійснювати конкретне керівництво практичною діяльністю установ, доводячи її до підприємства, цеха, аґреґата, житлокомун тощо.

Резюмуючи вищенаведене, доповідач дійшов таких висновків, що на чолі діяльности органів охорони здоров'я повинні стати заходи соц. гігієнічної та санітарної компетенції, слідом за ними повинні йти такі оздоровні заходи, як масовий робітничий відпочинок, фізкультура, туризм, санаторно-курортна справа, найширша діяльність в галузі утворення соціялістичної зміни

й, звичайно, конче важливою галуззю охорони здоров'я залишається діяльність медично-профілактична.

Щоб якнайшвидше здійснити технічне переозброєння мед. сан. мережі, треба максимально використати винахідницьку думку та всі заходи в галузі раціоналізації л стандартизації мед. санітарної справи.

Величезні завдання охорони здоров'я на другу п'ятилітку висувають наперед найважливішу проблему забезпечити країну потрібними медсанкадрами.

Боротьбу з плинністю доведеться вести лінією складання безпосередніх умов з колгоспами на постачання робітної сили для установ і закладів охорони здоров'я, вживаючи широко методи висування та заохочування найкращих робітників, забезпечуючи всі можливості набувати вищої кваліфікації. Система медичного навчання мусить ще більше просякнутися соціяльно-політичним і соціяльно-гігієнічним змістом. Відчувається гостра потреба в лікарях-організаторах охорони здоров'я, в диференційованих спеціялістах санітарної та лікувально-профілактичної компетенції та інш. та інш.

Особливу увагу треба віддати справі підготовки кадрів для кадрів. Тут органам охорони здоров'я доведеться розширити аспірантуру, загострити питання про заочний інститут аспірантів, комплектуючи до нього в основному контингенти з практичних робітників системи охорони здоров'я що виявили здібности та хист до наукової та науково педагогічної роботи.

На другу п'ятилітку ми маємо як-найширше розвинути медично-санітарну науку, перебудовуючи її на чітких марксівсько-ленінських засадах, вглиблюючи в неї соціялістичний зміст і от так спрямувати її на службу основним завданням 2 ої п'ятилітки.

Запорукою успішного здійснення цього є постанова XVII партійної конференції, що в своїй резолюції передбачила підсилену матеріяльну підтримку науки в СРСР від держави.

В основному систему наукових установ і закладів треба побудувати приблизно так:

А) Всеукраїнські інститути—комплексні, фахові та галузеві;

Б) Обласні інститути—комплексні;

В) Науково-опірні бази—станції (місцеві філії);

Г) Науково-опірні пункти.

За найкращі опірні пункти наукових інститутів на місцях повинні стати всі єдині диспансери, кожна санітарна станція, кожна курортова станція, поліклініка, велика лікарня, тощо. Теж саме треба сказати й про мед. сан. цехи, медсанпункти те інш.

(На кінець своєї промови доповідач закликав всіх медсан. робітників напружити всі зусилля, щоб якнайкраще та ґрунтовно підготовити складання 2-го п'ятилітнього пляну).

„Сумлінно застосовуючи в роботі 6 історичних вказівок тов. Сталіна, працівники соціялістичної охорони здоров'я повинні вже тепер по-більшовицькому заходитися навколо найшвидшої, витриманої підготови 2-ої п'ятилітки. Водночас треба, не покладаючи рук, здійснювати та перевиконувати плян останнього року 1-ої п'ятилітки, тобто четвертого її року, бо 1932 рік, як правильно зазначив на XVII конференції ВКП(б) тов. Косіор, править за фактичний початок 2-ої п'ятилітки. Боротьба за другу п'ятилітку починається 1932 року" — так закінчив свою промову тов. С. С. Каган.

Про чергові завдання організаційного керівництва в справі охорони здоров'я доповідав тов. Ефімов О. О.

(Основні засади цієї доповіді викладено в статті „Завдання облздороввідділів на першому етапі їхнього існування" — див. № 7 — 8 бюлетеню НКОЗ).

Про участь органів охорони здоров'я в підготові медичних кадрів — доповідав керівник сектору кадрів НКОЗ тов. Меньовіч К. Г.

Визначивши насамперед загальне значне зростання медкадрів на Україні (1913 року — 4 тис. лікарів, а 1931 року — 17.537; середнього медперсоналу було 1913 року 7.422, а 1931 р. — 21.808; Донбас мав 1913 року — 132 лікарі та 377 чолов. середнього медперсоналу, а 1931 року ці цифри відповідно дорівнюють 2.013 і 4.033), промовець підкреслив, що навіть таке значне зростання не встигає за загальним розвитком всього господарства нашої країни. До того ж наявна кількість медкадрів розташована нерівномірно і не додержано принципу найкращого забезпечення промислових місць медперсоналом. Наприклад: у Вінницькій області є один лікар на 4.136 чолов. населення, у Київській — на 2.963, у Дніпропетрівській — на 2.171, в АМСРР — на 3.763 та інш.

Дальший розподіл медичних кадрів і розгортання мережі установ, що підготовлюють ці кадри, мусить відповідати господарчо-політичному значенню окремих областей і районів. Отже, за істотне завдання НКОЗ є підвищити забезпеченість медперсоналом найвідсталіших у цьому областей і районів, де треба водночас організувати нові медтехнікуми та ВИШ'і.

Історичні ухвали XVII партконференції щодо 2-ої п'ятилітки, коли за основне політичне завдання править остаточна ліквідація капіталістичних елементів і кляс взагалі, вимагають від органів охорони здоров'я такої кількости медкадрів і такої якости їх, щоб дійсно можна було реалізувати ці завдання. Система підготови медкадрів через стаціонарні учбові заклади й надалі правитиме за основну форму. Проте, водночас мусить розвиватися робота щодо підготови медкадрів, не відриваючи учнів і слухачів од виробництва (досвід організації виробничих ВИШ'ів і технікумів дає цьому тверду базу та впевненість в успіхові).

Проблема якости на теперішньому етапі, за умов збереження проблеми темпів є вирішальною. Від медичних фахівців треба теж вимагати глибоких спеціяльно-технічних та економічних

знань, широкого громадсько-політичного кругогляду та здібностей, потрібних для організаторів виробничої активности широких мас трудящих. Тут треба й медико-санітарною лінією здійснювати настановлення тов. Сталіна, щоб робітнича кляса СРСР мала власну виробничо-технічну інтеліґенцію. Отже, треба на всю принципову височінь піднести питання підготовити фахівців із складу робітничої кляси.

Відповідно до запроваджуваної реорганізації медичної школи потрібують перебудови учбові пляни та програми в розумінні найбільшої відповідности їх встановлюваним профілям медробітників і забезпечення в програмах провідної ролі діялектико-матеріялістичної методології.

Через те, що спеціялізована лікувально-профілактична мережа подає попит на чималу кількість медробітників вузького фаху, а наявні кадри студентства лік. проф. факультетів не забезпечують випуску достатньої кількости лікарів такого фаху, повстає питання перетворити виробничі ВУЗ'и саме на ті установи, що готуватимуть лікарів вузького фаху. Водночас стає актуальним питання підготовки таких лікарів (ляринґологів, офтальмологів, венерологів та ін.) із мас середнього медичного персоналу, що має належний досвід практичної роботи в даному медичному фахові.

Дальша диференційована підготова санітарно-профілактичних кадрів мусить прямувати не тільки шляхом більшої медичної спеціялізації (епідеміолог, промсанлікар, харчовий лікар, тощо) але зазнати відповідних поправок на медобслуговування окремих галузей промисловости.

Нарешті доповідач особливо підкреслив важливість найбільшої уваги від органів охорони здоров'я до справи військово-санітарної підготови медкадрів. Треба зміцнити фінансову й матеріяльну базу військово-санітарного навчання по медВИШ'ах і технікумах, зосередивши на цій справі увагу профсоюзних і партійних організацій.

Підвищуючи кваліфікацію медробітників, а так само в роботі щодо підготови нових кадрів, треба якнайбільше використовувати всю наявну кваліфіковану периферійну медсанмережу. І надалі вживатиметься системи інтернатури, причому не тільки в університетських центрах, але також і по всіх великих мед.-сан. установах. Тут набуває особливої гостроти справа організації філій інститутів удосконалення лікарів. Утворення філій цих інститутів значною мірою залежатиме від активности місцевих організацій.

На перешкоді розв'язанню проблеми медичних кадрів чималою мірою стоїть плинність медперсоналу. У масі ця плинність пояснюється незадовільними матеріяльно-побутовими умовами, в яких перебувають медробітники і недосить уважним ставленням місцевих, радянських та професійних організацій до цієї справи.

Отже борючись із плинністю робсили, на основі настановлення тов. Сталіна, треба організовувати для медробітників їдальні, гуртожитки, городи, утворювати умови для підвищення кваліфікації, широко розвивати громадсько-політичну роботу, щоб закріпити медробітників на периферії.

Доповідачка про роботу охматдиту в галузі боротьби з інфекційними захворюваннями серед дітей тов. Федотова О. М. подала на початку своєї промови дані, що свідчать про різке зниження дитячої смертности, а саме: смертність з 26,7%, що були в царській Росії, по УСРР знизилася до 13,7% (а в містах УСРР навіть до 12,6%).

Проте, цих досягнень замало. Інфекційні захворювання систематично зменшуючись, все ж таки забирають значне місце.

Як зазначила доповідачка, боротьбу з інфекційними захворюваннями треба посилити не лише тому, що вони збільшують смертність, а тому, що кожне інфекційне захворювання затримує нормальний розвиток дитини, а своїми ускладненнями іноді надовго відриває дитину від дитячого колективу, тим самим позбавляє дитину змоги набувати правильного комуністичного виховання та розвитку. Поруч з цим захворювання дитини є гальмо для нормальної роботи матері, відриваючи її від праці на підприємстві або в сільському господарстві. Виходячи з цього боротьба з інфекційними захворуваннями, навіть тими, що безпосередньо не загрожують життю дитини або її правильному розвиткові, має певну економічну вагу. Значна кількість нових дитячих установ — і постійних і тимчасових, що розгорнулися протягом останніх років, створюють всі можливості піднести на актуальну височінь реґулярну плянову боротьбу за різке зменшення інфекційних захорувань і навіть за цілковиту ліквідацію окремих з них.

Наприклад, кількість ясельних ліжок на Україні (постійних) зросла з 17.330 1931 р. до 54.200 1932 р., а щодо сезонових ясельних ліжок, то ці цифри відповідно дорівнюють 850.000 і 1.500.000.

Не зважаючи на те, що профілактична боротьба за зменшення інфекційних захорувань була завжди гаслом роботи всіх установ охматдиту, треба проте, одверто визнати, що останніх років ця робота нажаль зменшилася, навіть по консультаціях і школах подекуди порушують правила для нової вакцинації та ревакцинації проти віспи, а також щодо активної імунізації проти обкладу й шкарлятини. На місцях мало дбають про забезпечення установ раннього дитинства реґулярним медсаннаглядом. Тут панує недозволений консерватизм, навіть опортунізм на практиці. Таку „роботу", за старими методами без обліку обставин, без ляборатoрних досліджень, не застосовуючи найновіших здобутків науки, треба засудити й відкинути. Далі треба систематично запроваджувати планове прищеплення, організувати ізолятори, збільшити шпиталізацію, дезинфекцію та карантин. Такі інфекції, як віспу та обклад, ми повинні незабаром ліквідувати. Для цього треба всіх дітей, насамперед организованих, обов'язково імунізувати проти цих двох інфекцій.

У боротьбі за зменшення захоруванности на кір маємо тепер могутній засіб вакцинації за Деквіцем; останні спостереження в цій галузі дають нам право твердити, що профілактичні щеплення тут дають значні успіхи в ліквідації захорувань і в усякому разі значно зменшують перебіг хвороби. Ось чому імунізація за Деквіцем повинна стати невідйманою частиною роботи кожної дитячої установи; її треба обов'язково застосовувати вже за першого виникнення захворювання на кір.

Далі, доповідачка твердо підкреслила важливість організації ізоляторів при кожній стаціонарній дитячій установі, потребу правильного і твердого застосування по дитустановах санітарного мінімуму. В організації лікувальної справи треба усунути такі недоліки, як утворення дитячих відділків без обліку особливостей, властивих тому або тому вікові дитини, або занедбання справи правильного вживання сироваток та ін. Особливо неґативно відбивається на роботі дитячих відділків знеосібка, що й досі панує по дитячих відділках та спеціяльних дитячих медсанустановах.

Найближчим завданням органів охорони здоров'я є систематична та вперта боротьба із шлунково-кишковими захворюваннями серед дітей, особливо літнього часу. І тут треба подолати консерватизм багатьох робітників, що не віддають потрібної уваги санітарному оздоровленню оточення дітей, справі належного зберігання та транспортування харчових продуктів, своєчасного бактеріологічного дослідження та ін.

Доповідачка зазначила ще, що й сан. освітня робота по установах охматдиту, в галузі ознайомлення і батьків і дітей з інфекційними захворюваннями останнім часом певною мірою послабшала. Треба цю найважливішу галузь роботи набагато посилити.

Велику увагу віддала Всеукраїнська нарада практиці роботи мед. сан. цехів і медпунктів. Доповідь на цю тему склав тов. Ерман І. М.

Досвід декількох місяців роботи окремих медсан. цехів на найбільших заводах металюрґійної та машино-будівельної промисловости довів, що ця комплексна організація охорони здоров'я на підприємствах чимдалі більше втілюється у виробництво і значно наближує кваліфіковану меддопомогу до цеху та варстату. Особливо дає себе почувати в розумінні заощадження великої кількости робітних годин — організація цехових медпунктів. Медсанцехи вже дещо зробили в розумінні запровадження санмінімуму на заводі та в окремих цехах. Медсанперсонал, закріплений за певною ділянкою підприємства, чимдалі більше втягується у виробництво, знайомиться з ним, тим самим забезпечуючи собі потрібні передумови для запровадження систематичної оздоровної роботи. Особливо сприяє посуванню роботи наперед застосування в медсанцехах диспансерних метод роботи (доповідач навів декілька позитивних прикладів з роботи медсанцехів на заводах „Світло Шахтаря", Сталінському, Луганському, Харківському, Запорізькому, тощо, де в наслідок роботи медсанцехів є вже певне зменшення травматизму, збільшення продуктивности праці та ін.). Медсанцех Ворошиловського заводу, практикуючи повсякденно дозмінну перевірку небезпечних щодо профотруїння місць у доменному та газовому господарствах, дійшов змоги щоденно сиґналізувати про такі місця, тим самим попереджуючи виникання десятків випадків профотруєнь. Подекуди помічено також, що з утворенням медсанцехів в ряді поліклінік чіткіше й енерґійніше переходять на диспансерні методи роботи. Окремі єдині диспансери, здійснюючи зв'язок з медсанцехами, швидшими темпами наближуються до переходу на дійсні методи роботи єдиного диспансера.

Отже, навіть перший період існування медсанцехів показав, що НКОЗ УСРР став на вірний шлях реконструкції колишніх примітивних розпорошених ланок охорони здоров'я на підприємствах на комплексні кваліфіковані медсанцехи.

Проте, не можна вважати навіть організаційну стадію реконструкції медсанзакладів на медсанцехи, а також побудування нових медсанцехів (хоча після постанови колеґії НКОЗ вже майже цілий рік минув), на закінчену. Окремі медсанцехи ще набагато не забезпечені всіма елементами, предбаченими їхньою структурою. Медсанцех не став ще провідною ланкою єдиного диспансера на виробництві; часто-густо спостерігається повна відірваність медсанцехів від єдиних диспансерів, і навпаки — останніх від медсанцехів. Медсанцехи частенько не уявляють того, що єдиний диспансер є саме та база, що на неї вони повинні спиратися в своїй роботі. Є також і такий недолік, коли мало не всі завідателі окремих відділків одного й того самого єдиного диспансеру (Запоріжжя), сполучаючи роботу із роботою медсанцеху, як консультанти його, зовсім не пов'язують роботи своїх відділків із відповідною ланкою роботи медсанцеха. Подекуди місцеві органи охорони здоров'я аж до останнього часу не дбали про комплектування медсанцехів фахівцями.

Нарешті, за найважливішу хибу, що гальмує остаточно розв'язати проблему вглиблення роботи охорони здоров'я у виробництво, править те, що медсанцехи та єдині диспансери в цілому ще не засвоїли великого господарчого значення багатьох робіт, що вони запроваджують, припускаючи певний самоплив у роботі. Зв'язок медсанцеху з іншими частинами заводу, діяльність яких має величезне значення в справі оздоровлення праці, ще не набув органічности. Отже, медсанцех не став іще центральним місцем в загальній системі управління виробництвом, що організує та плянує всі оздоровні заходи на підприємстві.

Отже, дальший розвиток діяльности наявних медсанцехів, а також тих, що організуються, повинен насамперед характеризуватися рішучим поворотом від стадії збирання окремих частин медично-санітарної справи на заводі та запровадження випадкових, хоча і ефективних робіт, до стадії творчої роботи медсанцеха на повний програм. Перш за все потрібно вкомплектувати

медсанцехи, особливо ті, що на провідних підприємствах чорної металюргії та машинобудівництва, відповідними фахівцями-лікарями, інструментарієм та апаратурою. Щодо метод роботи медсанцеха, то насамперед потрібний пляномірний перехід медсанцеха на систему госпрозрахунку на тих ділянках, що визначаються можливістю утворити економічні та виробничі показники. Ці показники треба заздалегідь відбивати у плянах, а потім виконання їх — у звітах. Щоб уникнути знеосібки, треба певних працівників прикріпляти до певних ділянок роботи, даючи кожному конкретну програму й контрольні показники.

Єдиним диспансерам та поліклінікам треба раз назавжди засвоїти, що диспансерні методи роботи можна як слід реалізувати лише за умови органічного зв'язку їхньої діяльности з діяльністю медсанцеху. Це мусить визначатися не лише адміністративно-господарчим керівництвом, але й тим, щоб кожний окремий відділок єдиного диспансера та поліклініки щільно пов'язував свою роботу (відповідною лінією) з медсанцехом.

Промсанстанції, що на них реорганізуються окремі профзахбюра, повинні скупчувати ввесь досвід медсанцехів і безпосередньо керувати медсанцехом щодо його промислово-санітарної роботи, боротьби за зниження захоруваности тощо.

Перетворюючи медпункти на медсанпункти, треба втілювати методи роботи медсанцеха й на медсанпунктах, а промсанстанції, перебуваючи в системі міськздороввідділів та РЗІ, повинні стати комплексними загально-районовими ланками, які забезпечують медсанпункти всіма компетенціями, що їх бракує в останніх (лябораторія, профдобір тощо).

На кінець своєї доповіді тов. Ерман спинився на важливості притягування всієї громадськости до роботи медсанцехів, особливо підкресливши велику ролю, що належить сануповноваженим.

Про завдання та організацію наукової роботи в галузі охорони здоров'я на 1932 рік доповідав т. Ліфшиц Я. І.

Доповідач визначив такі основні завдання наукової роботи: а) забезпечити партійність, марксо-ленінську методологію й запровадження генеральної лінії партії в науковій роботі; здійснювати в цій роботі 6 настановлень тов. Сталіна;

б) поряд розширення бази наукової роботи забезпечити дальше наближення її до соціялістичної практики, себ-то підприємства, цеха, колгоспа тощо, а також забезпечити практичну реалізацію наслідків науково-дослідної роботи в умовах виробництва та всієї економіки;

в) насамперед виконувати передбачені за науковим пляном роботи щодо нормативної **соціяльної** та професійної гігієни, скерованої на зниження захоруваности й травматизму, на розвиток комунальної гігієни, раціоналізацію громадського харчування, ліквідацію епідемічних вогнищ та інш.;

г) дійти чіткої пляновости в науковій роботі, ліквідувати стихійність та випадковість у доборі наукових тем, перебудувавши пляни та кошториси наукової роботи на засадах єдиного промфінпляну;

д) реорганізувати науково-медичну пресу на засадах марксо-ленінської методології та повороту до соціялістичної практики.

Найважливіше завдання інститутів є скласти 1932 р. пляни 2-ої п'ятилітки розвитку кожного окремого інституту та його периферійної мережі.

Щоб здійснити вищенаведені завдання, потрібні, як зазначив доповідач, такі заходи:

1) Реорганізувати теперішні відділки соціяльної патології на відділки соціяльної гігієни.

2) В структурі та типі наукових інститутів забезпечити відділки сан.-освіти, раціоналізації, стандартизації та винахідництва.

3) Реорганізувати ряд наукових інститутів на засадах учбово-виробничого комбінату (домагатися ефективности сполучення наукової роботи з роботою підготовки кадрів усіх типів, правильніше розташувати сили, підвищувати якість підготовки кадрів тощо).

4) Довести кількість опорних пунктів наукової роботи до 270, організуючи такі насамперед на базі міжрайонних і великих районних установ, щоб через них уже поліпшувати якість роботи решти мережі. Усі керівники опорних пунктів підвищують свою наукову кваліфікацію відрядженням на певний термін для наукової роботи в інституті. Інститути мають зобов'язання допомагати опорним пунктам в їхній практичній роботі.

5) У роботі інститутів треба посилити елемент комплексности, утворюючи одну експедицію, спільно опрацьовуючи наукові теми, утворюючи об'єднані ради інститутів гігієнічної компетенції та інш. споріднених інститутів.

6) Плянування наукової роботи кожного інституту повинно провадитися з абсолютною чіткістю та „прозорістю" кожної теми, з календаризацією термінів виконання, пильним обліком собівартости опрацювання теми і передбаченням ефективности кожної теми для соціялістичного господарства та здоровоохорони. Плянуючи наукову роботу, треба подбати, щоб для виконання кожної теми виділялося відповідальних осіб, забезпечувалося засоби матеріяльного заохочування за зразкову роботу та інш.

7) Мережу масових робітничих університетів протягом 1932 року треба розширити до кількости [слухачів в 10 тис. чолов. Окремо організувати масові університети для колгоспників.

Нарада приділила дуже багато уваги **справі раціоналізації, стандартизації та винахідництва в установах і закладах органів охорони здоров'я.** Нарада вислухала доповіді тов. Приходька Ф. Т. а також велику інформацію головлікаря 2-ої робітничої лікарні м. Дніпропетровського тов. Сенеша*)

*) Скорочений виклад доповіді т. Сенеша див. № 11—12 бюлетеню за 1932 р. Ред.

Інформація тов. Сенеша містила в собі переважно відомості про реалізацію 6 настановлень тов. Сталіна в згаданій лікарні.

Тов. Приходько визначив насамперед, що справа раціоналізації, стандартизації та винахідництва, будучи невідійманою частиною загальної технічної реконструкції охорони здоров'я, мусить відограти дуже актуальну ролю в соціялістичній перебудові медсансправи й мобілізувати навколо неї широкі кола трудящих.

Від розвитку соціялістичної раціоналізації, стандартизації та винахідництва безпосередньо залежить успіх постійної й плянової боротьби за якість прокукції та роботи органів охорони здоров'я, правильна організація праці робітників тощо, а звідси, звичайно, й боротьба за утворення нових соціялістичних типів приладь, апаратів, струментів, що мають полегшити та вдосконалити роботу установи та її персоналу для найкращого забезпечення медсандопомоги та втілювання нових соціялістичних метод; зокрема важливе значення має тут боротьба за визволення від закордонного довозу.

У галузі раціоналізації нам належить поліпшити організацію роботи окремих лікпрофустанов, втілити пляновість в роботі, зробити раціоналізаторську роботу систематичною, надати їй ту вагу, на яку вона заслуговує.

Треба раціоналізаційні заходи втілити в організацію роботи мединститутів щодо техніки роботи в цілому, обліку академічности, госпрозрахунку в них та інш. заходів.

Потребують раціональної організації роботи також і науково-дослідні інститути, теж у галузі плянування, обліку й контролі роботи наукових робітників щодо методологічного керівництва периферією та інш.

Також і в раціоналізаційній роботі повинні вглиблюватися заходи, спрямовані на реалізацію настанов тов. Сталіна щодо ліквідації знеосібки, запровадження правильної організації змін в окремих типах лік. проф. установ, вмілого розташування робсили, раціонального переходу на госпросрахунок тощо.

На чільне місце в раціоналізаційній роботі виходить справа заохочування ініціятиви активу та всієї маси, преміювання за корисні пропозиції та інш.

Удалий досвід останнього всеукраїнського двомісячника збору рацпропозицій (тоді надійшло близько 25.000 пропозицій, що за неповними орієнтовними даними мають дати економічний ефект щось на 4 міл. карб.), особливо ж його підсумки допомогли виявити вузькі місця в роботі медсанустанов і надалі зобов'язують опрацювати найдоцільніші рацпропозиції та запровадити їх в життя.

У галузі **стандартизації** перед НКОЗ та всією системою охорони здоров'я є завдання боротися за підвищення якости продукції та реалізувати постанови Жовтневого Пленуму ЦК ВКП(б) і 3-ої сесії ЦВК СРСР. У світлі цих постанов особливої ваги набуває робота, скерована на типізування будівництва медсанустанов, на те, щоб стандартизувати новими обладнаннями медсанустанови, утворити стандарти, що мають поліпшувати санітарно-гігієнічні умови праці, як норми освітлення, заходи боротьби з порохом, скриньки для відходів та інш.

За найближчі заходи стандартизації правлять такі стандарти, що мають поліпшити медобслуговування Донбасу і промислових міст (на реалізацію постанов ЦК КП(б)У з 14 березня та РНК УСРР з 2-го вересня 1931 року), а саме: а) санітарна карета для транспортування хворих, б) ноші для травматиків, в) нормалізована колодка для спецвзуття г) стандарт підземного пункту та його внутрішнього обладнання, д) підземна та надземна вбиральня.

Відповідно до завдань НКОЗ щодо запровадження заходів оздоровлення умов праці та побуту, боротьби з інфекційними захворуваннями й завдань щодо соціялістичної реконструкції міста (на основі ухвал червневого пленуму ЦК ВКП(б)), Наркомздоров'я накреслює типізувати ізоляційно-пропускні пункти, лазні, пральні дезкамери, дрібну дезапаратуру, окремі речі комунальної та особистої гігієни (діжки для води, сміттьові скриньки, асенізаційні діжки тощо).

Так само стоїть багато завдань типізувати ряд об'єктів і речей в галузі соціялістичної реконструкції сільського господарства (типізувати окремі типи житла, будинки громадського користування на селі, стандартизувати спецодяг і взуття для колгоспників).

У галузі **винахідництва** теж є чимало роботи, щоб здійснити найважливіші постанови ЦК ВКП(б), (Червневого пленуму), ЦК КП(б)У (в справі поліпшення медобслуговування робітників Донбасу, соцсектора села), а також найвищих урядових органів, зокрема постанови „про масове винахідництво" тощо, треба забезпечити опрацювання тематики—завдання в галузі поліпшення наявних і нових форм дезустанов, механізації пралень, лазень, виготовлення моделей, рисунків в різних ланок практичної медико-санітарної роботи.

Відповідно до останніх постанов партії, уряду та громадських організацій належить розгорнути велику пропаганду за колективну розробку тем-завдань, організацію гуртків, складання угод на соціялістичні замовлення. Для популяризації масово-робітничого винахідництва, треба відкрити винахідницькі виставки, гуртки при всіх будинках саносвіти, а в Харкові утворити центральну виставку—музей в справах раціоналізації, стандартизації та винахідництва.

Щоб щільно пов'язати винахідництво та технічне удосконалення із раціоналізацією та стандартизацією, треба утворити науково-дослідний експериментальний інститут, що відатиме ці справи, користуючись яко базою, центральною науково-технічною лябораторією в справах винахідництва, що є в Харкові, дослідною станцією „ДОРАС" і „ДОСВАУ" і відповідними відділками Інституту Охорони Здоров'я.

Нарешті тов. Приходько відмітив, що лінією винахідництва в галузі охорони здоров'я треба, розуміється, провести в життя 6 вказівок тов. Сталіна, а саме: а) опрацювати показники

в галузі оздоровлення праці в важкій промисловості, що їх треба передбачити при винахідництві, скерованому на механізацію важких процесів праці;

б) опрацювати шкалю преміювання винахідників, згідно з постановою РПО СРСР, щоб не було зрівнялівки в наданні премій, а поставити їх в залежність від якости опрацьованої пропозиції;

в) опрацювати питання про відповідальність експертів за доброякісну та правильну апробацію пропозицій;

г) провести через науково-дослідні інститути та лік.-проф. установи належну роботу щодо опанування винахідниками марксо-ленінської методи роботи, щоб розробка пропозицій провадилася не лише в розумінні технічного або лікувально-профілактичного ефекту, але також і з погляду економічної доцільности.

Головлікар другої робітничої лікарні м. Дніпропетровського тов. Сенеш розповів нараді, **як реалізуються настановлення тов. Сталіна в підпорядкованій йому лікарні.** Насамперед промовець зазначив, що правильно зрозуміти слова „працювати й керувати по новому в нових умовах" визначає не тільки застосовувати ці настановлення у житті лікустанови, але насамперед теоретично їх обґрунтувати, а потім уже технологічно й правильно в методичному розумінні оформляти.

Справу ліквідації знеосібки робітники лікарні розуміють не тільки в тому, щоб формально покласти відповідальність на кожного робітника, але також, знайти і запровадити таку систему в роботі, щоб ця відповідальність призвела до чіткости в роботі, а не до адміністративних кар.

Так само й щодо боротьби зі зрівнялівкою—вона полягає не лише в тім, щоб встановлювати різні тарифні ставки за нормами Наркомпраці, але повинна мати в собі певну ознаку оцінки кожного окремого робітника, що прямо належить від виявленої якости роботи.

Проведенню шости настановлень тов. Сталіна у другій робітничій лікарні передувало запровадження таких організаційних заходів:

а) встановлено міцну жорстку єдиноначальність, більшовицьке керівництво поряд забезпечення критичного підходу та правильного цінування явищ у роботі та житті установ.

б) Запроваджено режим ощадности на базі використування внутрішніх ресурсів і раціоналізації виробництва: збільшили кількість ліжок з 290 до 420 протягом 9 місяців, не провівши будьякого нового будівництва, телефонізували лікарню, раціоналізували витрачання перев'язного матеріялу.

в) Дійшли піднесення трудової дисципліни на основі піднесеного загального культурного й політичного рівня службовців і робітників поряд широкого застосування соціялістичних метод роботи—соцзмагання та ударництва.

г) В лікарні широко розгорнули громадськість (часто скликаються виробничі наради, провадяться виїзди на село, здійснюється шефство цеху над лікарнею та інш.).

д) Відповідно оцінюють ролю профспілки й трикутника; чуло ставляться до всіх потреб профорганізації.

е) Запроваджуючи директиви, застосовують непохитну рішучість, не побоюючись яких би то не було труднощів.

Практичні наслідки й самі заходи можна висвітлити такими даними:

І. Добір робітної сили. Комунізували апарат, довівши кількість партійців з 4 до 11. Комсомольців замість 3, що були 1931 року, є тепер 14 чоловіка. Од підшефних колгоспів дістали 14 сидух; для них і для праль утворено три групи лікнепу з санітарним ухилом разом на 58 чоловіка. На власних сестринських курсах при лікарні навчається 17 сидух, з яких 5 уже працюють на посадах сестер. Далі, до медтехнікумів, заочних лікарських курсів, до вечірнього медВИШ'у та школи медВИШ'у разом відряджено 27 чоловіка.

ІІ. Побутові питання. З ініціятиви трикутника відкрито їдальню на 150 обідів і буфет на 50 сніданків. Проведено диференціяцію зарплати, застосовується система преміювання, відрядження на курорт, а також наукові відрядження.

ІІІ. Ліквідація знеосібки. Організація праці. У лікарні встановлено порядок, що завідатель відділку є єдиний начальник, ординатор—його помічник з медчастини, а сестра—господарка—помічник з адміністративно-господарчої частини.

Сестри працюють за окремим графіком, а сидух за окремою схемою прикріпили до палат. У лікарні існують стандартні види роботи, як от розподіл медикаментів по відділках, здавання та одержування білизни з пральні, плянування роботи рентґенвідділу і лябораторії, розношування їжі та інш. та інш.

IV. Утворено довір'я до фахівців. Їм надано повну владу порядкувати відділком щодо розподілу роботи, та накладати адмінкарі. Здійснюються конкретні заходи матеріяльно забезпечити фахівців, надати їм наукову літературу тощо.

V. Госпрозрахунок. У лікарні встановлено таку систему госпрозрахунку що передбачає систему одиниць виробників та одиниць споживачів. Виробники—це аптека, склепи, кухня, пральня, рентґен-лябораторія, радгосп, перев'язна, кочегарня тощо. Споживачі—це відділки.

Госпрозрахунок у виробничих одиницях здійснюється через реґулювання вартости, зниження собівартости продуктів, ущільнення робітного дня і т. інш.

VI. Утворення власної виробничої інтеліґенції лікарня сприяє тим, що прискорює справу вступу робітників у ВИШ, утворюючи для них відповідні умови роботи.

Про досягнення кремінчуцького медичного учбово-виробничого комбінату, утвореного на базі лікарні, нарада дізналася з доповіді тов. Ольшанецького.

Доповідач відзначив, що лікарня провадила роботу під такими гаслами: „за свою власну пролетарську інтеліґенцію; кожна санітарка може й повинна стати лікаркою; за підвищення якости продукції—вся лікарня на учбу; у лікарні кожний робітник—від санітарки до головлікаря—мусить або вчити або вчитися: інших не повинно бути".

Стосовно до місцевих можливостей та умов кремінчуцька лікарня утворила в комбінаті ряд учбових закладів, як: курси підвищення кваліфікації санітарок, підготовні курси для санітарок і робітників, що бажають вступити в медтехнікум; робітничий вечірній медтехнікум єдиного диспансера для санітарок і робітників, денний медтехнікум, акушерський медтехнікум, вечірній робфак, виробничий медвиш, філіял харківського інституту удосконалення лікарів та ще інші. Комбінат охоплює учбою 517 чоловіка, при чому всіх забезпечено або стипендією або роботою.

Із досягнень комбінату треба насамперед відзначити безперечний ефект в поліпшенні справи підготови кадрів і роботи самого виробництва. Учбовий комбінат набагато збільшив участь медсанорганізацій в ліквідації браку лікарів. Система учбового комбінату охопила майже всіх робітників лікарні, давши повну змогу набагато підвищувати якісні показники роботи кожного робітника. Далі, утворивши єдину бухгальтерію, єдину канцелярію та спільне для всіх частин комбінату господарство комбінат має ефект заощадження сумою 71.000 карбованців.

Про роботу органів охорони здоров'я в галузі оздоровних заходів доповідав професор В. М. Коґан-Ясний.

Доповідач, який працює на чолі Всеукраїнської надзвичайної санітарної комісії, розповів про перші заходи, що їх вжила комісія: утворено аналогічні комісії у великих центрах Республіки, а в дрібних пунктах оздоровні заходи доручено провадити надзвичайним комісіям в справах боротьби з епідемічними захоруваннями.

На найближчий проміжок часу в галузі оздоровних заходів треба домогтися організації санітарної міліції на місцях (відповідні вказівки міськрадам уже дано від головміліції та НКОЗ). Таку саму санітарну міліцію організують на підприємствах коштом господарників і на курортах—коштом їхніх управлінь. За постановою НКОЗ утворено інститут санлікарів на курортах; відповідний санітарний відділ є вже в Курортовому управлінні. Надзвичайна комісія запропонувала місцям розпочати місячники чистоти, щоб протягом найкоротшого часу привести в належний санітарний лад міста й селища.

Далі, за вказівками НКОЗ розпочато виготовлення речей масового санітарного спожитку, як смиттьові скриньки, плювальниці, фонтанчики для пиття, дезодоратори тощо.

Із комгоспами складаються договори на очищення міст, будівництво лазень, пралень, міських убиралень, на приведення до ладу каналізації й водогону тощо.

З ініціятиви комісії, а також за найближчою участю групи санкультури розгортається на місцях робота гуртків ліквідації санітарної неписьменности, причому широко вживають методів передплати позики санкультури, що проєкт її висунув колектив 4-ої поліклініки м. Харкова.

Доповіді про виконання пляну медично-санітарного будівництва, про побудову й виконання бюджету, а також про організацію постачання медсанмережі й розвиток медсанвиробництва було складено на окремій нараді керівників місцевих установ і закладів охорони здоров'я, що відбулася 12 квітня 1932 року.

Говорячи про медико-санітарне виробництво на 1932 рік, тов. Кохан зазначив, що загальна сума пляну будівництва на 1932 рік становить 82.014.300 карбованців, з якої на 25,7 міл. карб. будує безпосередньо промисловість, на 42,6 міл. карб.—органи охорони здоров'я, далі на долю Укркурупра припадає 11.805.000 карбованців, УЧХ трохи більше за 1 міл. карбов. та ВАУ—750.000 карбованців.

Якщо взяти обласну ознаку, то питома вага витрат на будівництво становитиме таке: Донбас—43,3%, Дніпропетровська область—23%, Харківська—17,3%, а решті областей надано 16,4%.

Сектор медсанбудівництва НКОЗ уже передав областям все будівництво, що здійснюється на терені відповідної области, через що переважна частина функцій щодо плянування будівництва, постачання будматеріялами, проєктування та щодо кошторисів, покладено на облздороввідділи. Для цього в їхньому складі утворено будівельні бюра. Сам же сектор безпосередньо відатиме вищезазначені функції лише щодо будівництва в Донбасі, а також того, що провадитиметься лінією науки й кадрів. Щождо решти будівництва, то НКОЗ залишає в себе лише функції загального плянування, консультацію та інспектування ОЗВ, а також будівництво на курортах лінією ВАУ.

Доповідач зазначив іще, що цього року особливу увагу приділяють будівництву, яке минулого року не дійшло кінця, особливо будівництву ясел і лікарень. Тут треба за всяку ціну домагатися, щоб промисловість реалізувала свої зобов'язання в цій справі.

Наркомздоров'я надалі вважатиме РВК та міськради в особі їхніх інспектур охорони здоров'я за дійсних господарів будівництв, щоби будівні організації справді почули, що вони мають перед собою не формального, а дійсного замовника, який має всі права вимагати виконання підписаних угод та контролювати це виконання карбованцем. НКОЗ запропонував РЗІ та

МЗІ повнотою ліквідувати знеосібку в цій справі, поклавши відповідальність за будівництво на конкретну особу й вимагаючи від неї постійної непослабної уваги до всього будівництва.

Доповідач зазначив іще, що хоча вже минув перший квартал 1932 року, а плян медсанбудівництва на 1932 рік було доведено до міських і райздоровінспектур ще в січні 1932 року, все ж таки перехідне будівництво перебуває в абсолютно незадовільному стані: в багатьох місцях немає ще угод, робітничих рисунків, кошторисів, і в деяких місцях прогаяно найкращий час для заготівлі місцевих будівних матеріялів.

Отже, на облздоровділи в процесі загального зміцнення ними керівництва районами та обліку їхньої роботи, покладається велике завдання організувати виконання пляну будівництва, забезпечити його фондами дефіцитних і плянованих будматеріялів, а також організувати загальний контроль перебігу будівництва.

Основні настановлення щодо організації постачання медсанмережі та медсанвиробництва доповів на нараді тов. Дудавський.

Доповідач зазначив, що в справі постачання медсанмережі було багато моментів самопливу, через те, що фонди на продукти харчування та інші речі споживання частенько вираховували майже без будьякої участи та впливу від НКОЗ. Останньому доводилося лише формально одержувати ці фонди та розподіляти їх між окремими районами та установами.

Незадовільний був і самий порядок постачання мережі охорони здоров'я через систему споживчої кооперації, яка безпосередньо одержувала всі фонди, не забезпечуючи водночас фактичного та своєчасного одержання їх нашою мережою навіть у межах виділених фондів. Встановити будьякий контроль теж майже не було змоги. Часто траплялося так, що фонди НКОЗ в процесі кооперації перемішувалися з іншими фондами, і від цього часто терпіла наша мережа.

Такий стан примусив НКОЗ переглянути принципи та порядок постачання мережі й перебудувати цю роботу в центрі, і на місцях так, щоб НКОЗ та його місцеві органи фактично керували всією справою постачання медсанмережі.

Отже, уже з 4-го кварталу минулого року НКОЗ реорганізував постачання медсанмережі продуктів харчування ось на яких засадах: а) кооперація системи ВУКС'у уже не постачає медсанмережі централізовані продукти харчування своєю системою: такі продуктові фонди, як борошно, м'ясо, крупи, цукор, жири, чай тощо, що виділяє Наркомпостачання УСРР, надходять безпосередньо до НКОЗ, а останній, договорившись із постачальниками (власниками товарів), рознаряжає товари для окремих районів та установ, максимально забезпечуючи своєчасну видачу продуктів через наряди відповідним філіям постачальників. Одержавши наряд, відповідна інспектура охорони здоров'я стає власником визначеного товару, мусить реалізувати наряд, одержати продукт та роздати медсанмережі відповідного району.

У галузі постачання текстильних виробів та спецодягу встановлено порядок, що НКОЗ рознаряжає одержані фонди по окремих районах та установах, повідомляючи їх про це. Зі всієї мануфактури, що одержує НКОЗ, у майстернях при лікарнях, виготовляють потрібні вироби, які в готовому стандартному вигляді надсилатимуться районам та установам. Переваги такої реорганізації надзвичайно великі, бо усувають цілком можливості зловживати підчас пошивки одягу та білизни, полегшують облік тощо.

НКОЗ надалі зберігає функції загального пляново-директивного керівництва всією постачальницькою роботою в розумінні того, щоб погоджувати та оформлювати одержання загально-українських фондів тих товарів, що їх плянують центральні органи реґулювання, здійснювати представництво та обстоювати перед центральними організаціями інтереси периферії, здійснювати постійний нагляд, контроль та інструктування роботи периферії. Визначені тут принципи постачальницької роботи НКОЗ досить чітко накреслюють обсяг роботи та функції облздоровввідділів, що мають тримати безпосередні ділові зв'язки з обласними філіями постачальників, розподіляти товарні фонди, виділені від НКОЗ, по окремих районах, одержувати від обласних філій постачальників наряди для кожного окремого району, здійснювати систематичний нагляд за фактичною реалізацією нарядів у районах та інш. та інш.

Отже, діставши більшість функцій щодо постачання (починаючи з 3 кварталу), облздоровділи повинні протягом другого кварталу провести всю підготовну роботу до переходу на нові методи постачання.

3. Резолюції Всеукраїнської наради в справах охорони здоров'я.

а) На доповідь „Завдання охорони здоров'я на другу п'ятилітку".

(допов. т. С. С. Каган)

Заслухавши доповідь про задачі охорони народнього здоров'я на другу п'ятилітку та організацію плянування, Всеукраїнська нарада з питань охорони здоров'я ухвалює в основному тези доповіді та вважає за потрібне підкреслити зокрема такі моменти:

1) Плянування охорони здоров'я на другу п'ятилітку, потрібуючи корінного зламу та реконструкції повинно вести, виходячи з перебудови форм і сутности охорони здоров'я.

В основу плянування охорони здоров'я треба покласти плянування стану здоров'я, захворуваности і смертности, встановлюючи орієнтовні ліміти захворуваности та смертности, випливані з конкретної боротьби охорони здоров'я за системне зменшення захворуваности і смертности.

Всю суму оздоровних заходів санітарної діяльности і медично-профілактичної та щодо виховання соціялістичної зміни треба підкорити основній меті— зменшити захворуваність і смертність.

2) Плянуючи охорону здоров'я на другу п'ятилітку, треба суворо дотримуватись галузевої диференціяції, зокрема — за виробничим принципом, встановлюючи ліміти в наслідок ретельного обліку своєрідностей окремих галузей промисловости та закріплюючи принципи переважного обслуговування провідних галузей промисловости, а в межах кожної галузі промисловости переважне обслуговування технічних і кваліфікованих шарів робітництва і колгоспників.

3) Як орієнтовні настанови і ліміти, нарада з питань охорони здоров'я приймає настанови тез доповіді та ліміти, опрацьовані на об'єднаному засіданні комісії наради з плянсектором НКОЗУ та відповідним представництвом від оперативних секторів НКОЗУ.

4) Нарада вважає, що плянуючи охорону здоров'я, треба глибше опрацювати номенклятуру установ і закладів охорони здоров'я, впорядкувавши її та вточнивши функції кожної з них на основі ліквідації знеосібки окремих установ і закладів, зберігаючи специфічне обличчя кожної з них.

Виходячи з цього, вважати за потрібне плянувати установи і заклади охорони здоров'я незалежно від того, до складу яких об'єднань вони увіходять.

В разі, коли установи або заклади увіходять до складу певних об'єднань (єдиний диспансер), визнати їх за складові частини, що їх плянується, за окремі установи і заклади.

Брати на облік і плянувати єдині диспансери поза обліком окремих установ і закладів, як одиниці завершеного комплексу установ і закладів, скерованих на обслуговування певного об'єкту.

Нарада вважає, що з цього погляду структура єдиного диспансера потрібує відповідного вточнення і просить колеґію НКОЗ таке вточнення запровести.

5) Нарада приймає в основному поданий від пляново-економічного управління НКОЗ проєкт номенклятури установ, підлеглих плянуванню, вважаючи за потрібне опрацювати ще детальніше та диференціюючи заклади за принципом галузево-виробничого обслуговування людности.

6) Нарада вважає за потрібне визначити такі терміни організації робіт щодо підготовки першого варіянту охорони здоров'я на другу п'ятилітку:

а) Директиви й ліміти НКОЗ надсилає місцям до 18 квітня 1932 р.;

б) Області подають НКОЗ перші свої варіянти до 5 травня ц. р.;

в) Наркомздоров'я закінчує перший варіянт до 15 травня.

7) Вся справа підготовки плянування охорони здоров'я на другу п'ятилітку потрібує максимальної мобілізації і медично-санітарних робітників, і зокрема цілої пролетарської громадськости. Ось чому нарада вважає за конче потрібне розгорнути навколо справи плянування охорони здоров'я широку кампанію, притягуючи до обговорення та розробки проєктів ширші верстви пролетаріяту та колгоспників.

8) Науково-медична преса, науково-популярна та загальна преса повинні активізувати цю справу, активно допомагаючи мобілізувати громадську думку навколо питань плянування.

ВУК спілки Медсантруд і громадські медично-санітарні організації повинні активно заходитися навколо плянування охорони здоров'я на другу п'ятилітку та вести в цій справі перед.

б) На доповідь Зав. Орг. Контр. Упр. НКОЗ т. Єфімова О. О. та співдоповіді з місць

(НКОЗ АМСРР—т. ЛАСКАВИЙ, завідателі облздоровввідділів: Харківського—т. МОЙСЕЄНКО, Дніпропетровського—т. ШРАЙБЕР, Київського—т. БРИЛІЯНТ, Одеського—т. ЛАВРЕЦЬКИЙ).

Всеукраїнська нарада охорони здоров'я вважає за потрібне основну увагу облздоровввідділів та районних і міських здоровінспектур у їхній дальшій роботі зосередити на питаннях поширення оздоровної роботи, розвитку громадської самодіяльности, щільнішого пов'язання медсансправи з інтересами соцбудівництва (зокрема у провідних галузях промисловости і соціялістичному секторі села) і на матеріяльно-господарчому зміцненні мережі установ охорони здоров'я.

Організуючи широке застосування шости настановлень т. Сталіна у практичному повсякденному житті медустанов, органи охорони здоров'я повинні перш за все подбати за цілковите усунення знеосібки у справі обслуговування хорого, за дальшу ліквідацію місцевими коштами і засобами зрівнялівки щодо матеріяльно-побутових умов медперсоналу і за широке застосування в роботі медсанмережі принципів госпрозрахунку. Гасло „працювати по-новому" в умовах медсансправи слід розуміти насамперед, як цілковите запровадження клясовости у медобслуговуванні, дальше наближення медсандопомоги до виробництва, здійснення чіткого розподілу функцій персоналу медичних установ на засадах єдиноначальности, суворе запровадження пляновости в роботі медсанмережі й органів охорони здоров'я зверху донизу та максимальне втягнення до справи охорони здоров'я масового громадського активу поряд втілення соціялістичних форм праці (ударництва та соцзмагання) проміж медробітників.

За сучасних умов роботи виключно важливого значення набуває правильна організація контролю виконання плянів, директив і завдань у справі охорони здоров'я, для чого, як обов'язкові передумови, слід забезпечити щільний живий зв'язок між органами охорони здоров'я і обслуговуваною від них периферією, поширити й широко використовувати органи робітничого шефства, інститут понадштатних інспекторів, громадські осередки та організації, а також метод самоперевірки та взаємоперевірки поряд із використанням для висвітлення наслідків перевірки загальної преси, стінгазет, загальних зібрань тощо.

Як основні завдання санітарно-побутової роботи нарада гостро підкреслює потребу опрацювати конкретні санмінімуми на всі без винятку об'єкти громадського користування і домагатися їх здійснення на всіх ділянках праці й побуту, максимально втягуючи громадськість, організуючи та зміцнюючи інститут громадських санітарних уповноважених і інститут прикріплюваних до окремих об'єктів сандогляду лікарів, мобілізуючи на організацію переведення санмінімуму ввесь медичний персонал, користуючися з відрядження буксирних бриґад на відсталі ділянки й здійснюючи чіткий контроль виконання вимог санмінімуму по всіх без винятку об'єктах.

У справі дальшого розвитку і посилення громадської самодіяльности— нарада надає виняткове значення скорішому розгортанню роботи єдиного т-ва оздоровлення праці та побуту й доручає облздоровввідділам, районним та міським інспектурам охорони здоров'я негайно оформити обласні та місцеві філії цього т-ва, забезпечити їх коштами на засадах статуту та потрібним апаратом і здійснювати постійне непослабне керівництво їхньою роботою,

домагаючися обов'язкового притягнення до участи в роботі філій та осередків т-ва професійних, комсомольських та піонерських організацій.

У галузі матеріяльно-господарчого зміцнення медсанмережі головну увагу обласних, міських та районних органів охорони здоров'я спрямувати на такі завдання:

а) Щодо медсанбудівництва і зберігання наявного фонду приміщень медсанзакладів—встановити пильний догляд за реалізацією централізованих нарядів на будівні матеріяли, на вишукування й використання місцевих ресурсів будматеріялів, на притягнення до матеріяльної участи в медбудівництві промислових, кооперативних і колгоспних організацій, на обов'язкове переведення протягом поточного року ремонтування всієї мережі медсанзакладів з максимальним використанням місцевих коштів і засобів;

б) В справі забезпечення медсанзакладам всіх видів постачання (зокрема —харчування, палива, фуражу і промкраму) поряд із ретельним контролем над виконанням централізованих нарядів на постачання, органи охорони здоров'я повинні подбати за максимальну мобілізацію місцевих ресурсів постачання (зокрема на селі), за розвиток по місцевих медсанзакладах допоміжних господарств, за забезпечення останнім потрібних земельних ділянок, м'ясної, молочної та робітної худоби, а також сільсько-господарського реманенту.

Констатуючи, що наявні підприємства НКЛегпром та НКВажпром, що виробляють медсанреманент, апаратуру та інструментарій,—неспроможні задовольнити наявні потреби медсанмережі,—нарада доручає обласним і місцевим органам охорони здоров'я забезпечити можливо ширший розвиток медсанвиробництва і майстерень безпосередньо при медсанзакладах;

в) Щодо фінансового забезпезпечення медсанмережі—нарада доручає обласним, районним та міським органам охорони здоров'я простежити за виконанням від органів фінансування постанови директивних органів про неприпустимість будьякого скорочення асиґнувань на справу охорони здоров'я. Одночасно і в першу чергу подбати за мобілізацію коштів з усіх позабюджетових і місцевих джерел за єдиними плянами і за встановлення чіткого нагляду за виконанням від органів промисловости та інших організацій обов'язків у справі фінансування медично-санітарних і оздоровних заходів.

г) Щоб домогтися утримування медустанов у належному стані і зберігання їхнього майна,—органи охорони здоров'я на місцях повинні подбати за цілковиту ліквідацію знеосібки у галузі господарського й санітарного обслуговування установ і посилити відповідальність за припущення санітарних порушень по медсанзакладах.

Беручи до уваги несприятливі умови, що утворилися на місцях у справі забезпечення потрібних матеріяльно-побутових умов медперсоналу, нарада висуває перед обласними, районовими та міськими органами охорони здоров'я завдання контролювати всебічне виконання чинних постанов уряду й розпоряджень постачальних організацій у цій справі та одночасно подбати за поліпшення матеріяльно-побутового стану медперсоналу через організацію місцевими силами й засобами закритих розподільників та їдалень, за підвищення кваліфікації медробітників через розвиток виробничого навчання тощо.

Нарада підкреслює, що успішна реалізація всіх наведених завдань значною мірою залежить від посилення районних та міських апаратів охорони здоров'я і від скорішого переходу облздороввідділів на оперативне керівництво периферією. Тому перед Наркомздоров'я та обласними органами охорони здоров'я виникає потреба переглянути і зміцнити персональний склад керівного апарату РЗІ та МЗІ, а також, якнайскорше закінчити комплектування обласних апаратів охорони здоров'я з тим, щоб НКОЗ своєю лінією безпосередньо допоміг комплектуванню Дніпропетрівського та Вінницького облздороввідділів.

Щодо решти доповідей, то нарада затвердила тези доповідачів, додавши до доповіди т. Меньовіча про кадри таке:

а) Забезпечити підготовку кадрів диспансеризаторів, зокрема вивчити та забезпечити протягом одного місяця перевід Одеського медсанінституту на базу єдиного диспансеру.

б) Забезпечити систематичну підготовку через кадрові інститути організаторів охорони здоров'я.

в) Приймаючи на увагу наявність по всіх областях достатньої кількости медичних технікумів, що забезпечує потребу областей в середньому медперсоналові, визнати за потрібне передати розподіл цих кадрів безпосередньо облздороввідділам.

г) Щодо розподілу лікарів, встановити такий порядок: управління науки та кадрів НКОЗ визначає певну кількість лікарів за певними фахами для областей та районів Донбасу, причому представник облздороввідділу бере участь в комісії НКОЗ по розподілу молодих фахівців.

Розподіляючи лікарів, урахувати напружений стан Дніпропетрівської области та економічно-відсталих районів.

д) Визнати за потрібне перевірити та вдосконалити число лікарів за їхніми фахами по областях та районах Донбасу, подавши їх диференційовано по промислових центрах України, по районах суцільної колективізації, по характеру промислового та сільського господарства.

II. Офіційна частина

КАДРИ

88. Зміни в розподілі районів УСРР щодо обслуговування їх від інститутів удосконалення лікарів.

До всіх інститутів, міськздоровінспектур, районздоровінспектур, нач. МСУ нових будівництв. Копія до НКОЗ АМСРР та ін-тів удосконалення лікарів.

На зміну розподілу районів УСРР, що їх прикріплено до інститутів удосконалення лікарів для надсилки на курси удосконалення (бюлет. НКОЗ за № 17-19 за 1930 рік) — оголошується новий розподіл районів, що їх прикріпляється для підвищення кваліфікації лікарів до інститутів:

1. Всеукраїнський Інститут удосконалення лікарів (кол. Харківський)

Всі райони Харківської области та

Луганське,	Ворошилівський	Краснолуцький
Макіївка	Гришинський	Лисичанський
Сталіно	Горлівський	Рівеньківський
Артемівський район	Кадіївський	Риківський
Костянтинівський	Краматорський	Сорокінський
		Чистяківський

2. Дніпропетрівський інститут удосконалення лікарів—всі райони Дніпропетрівської области та м. Маріюпіль.—

3. Одеський Інститут удосконалення лікарів—всі райони Одеської области та нижчезазначені райони Вінницької области:

1. Тульчинський	9. Вапнярський
2. Могілівський	10. Чернівецький
3. Мур. Куриловецький	11. Станіславчицький
4. Бершадський	12. Ямпільський
5. Джулінський	13. Жмеринський
6. Гайсинський	14. Ново-Ушицький
7. Чаплінський (Хорлівський)	15. Старо-Ушицький
8. Крижопільський	та ще райони АМСРР

4. Київський Інститут удосконалення лікарів—всі райони Київської області та Вінницької, крім тих, що їх віднесено до Одеського Інституту вдосконалення лікарів (п. 3 цієї постанови).

Щодо відрядження на курси, яких в тому або тому інституті не провадиться, треба керуватися положеннями, що їх оголошено в бюлетені НКОЗ за № 1-2 1932р.

Наркомздоров'я **Канторовіч**

Керівник сектору кадрів **Меньович**

(Об. розп. НКОЗ з 27 квітня 1932 р. № 364-25)

Затвердив;

Нарком Охорони Здоров'я

т. Канторовіч

15-V—1932 р.

89. Положення про керівництво аспірантурою

1. Заг[illegible] на відповідальність перед НКОЗ за справу підготовки аспірантів покладається на інститут [illegible]оналення лікарів.
2. Керівники наукових інститутів або катедр, де є аспіранти, цілком відповідають перед інститутом удосконалення лікарів за фахову підготовку аспірантів.
3. Для розробки організаційно—методичних питань роботи з аспірантами при інституті удосконалення лікарів існує аспірантська рада.
4. Взаємовідносини між інститутом удосконалення лікарів та науково - дослідними інститутами або катедрами складаються так:

а) інститут удосконалення є організаційний центр керування підготовкою аспірантів, якому в цій справі підлягають директори науково-дослідних інститутів та медінституту;

б) директор кожного науково-дослідного інституту та керівник кожної кетедри періодично викликаються на засідання аспірантської ради або дирекції інституту вдосконалення лікарів для відчита про роботу аспірантів. Вказівки інституту вдосконалення лікарів в галузі роботи аспірантів обов'язкові для інститутів та катедр, де працюють аспіранти.

5. Директор інституту вдосконалення лікарів затверджує протоколи Аспірантської Ради та дає вказівки, як практично провадити настановлення в роботі аспірантів.
6. Аспірантська рада повинна збиратися не менш, як два рази на місяць. Як технічний апарат Аспірантської Ради, використовується апарат інституту вдосконалення лікарів.
7. Інститут удосконалення лікарів дає вказівки щодо встановлення обліку занять аспірантів по окремих інститутах та катедрах, провадить періодично перевірку роботи аспірантів та робить відповідні висновки.
8. Наукові інститути та катедри повинні брати найважливішу участь в комплектуванні аспірантів свого фаху через інститути вдосконалення лікарів, висовуючи кандидатів та беручи участь у роботі приймальної комісії.
9. Інститут удосконалення лікарів, крім організаційної частини безпосередньо провадить загальну частину курсу підготовки аспірантів та налагоджує матеріяльно-побутові умови аспірантів, але в цій роботі науково — дослідні інститути повинні брати найважливішу участь та теж відповідають перед інститутом удосконалення лікарів в справі налагодження побуту аспірантів.
10. У Дніпропетрівському все, що зазначено про інститути удосконалення лікарів, безпосередньо переноситься на медінститут та його директора.
11. Всі протоколи Аспірантської Ради остаточно затверджує управління кадрів й науки НКОЗ.

90. Про заочні курси помічників санлікарів.

До всіх районових і міських інспектур охорони здоров'я. До всіх міжрайонних санітарних станцій. *)

На підставі директивних настановлень партії та уряду, зокрема на основі ухвал червневого пленуму ЦК ВКП(б) про розвиток міського господарства та заходи оздоровлення побуту, санітарна організація України має величезні завдання, які можна вирішити за умов втягування в санітарну роботу робітничого й селянського активу, а також збільшивши та зміцнивши саму санітарну організацію.

Протягом останніх років санорганізація кількісно збільшилася, але якісний її стан, особливо її середнього складу, досі лишається мало задовільний. Трапляються випадки, коли справу вакцинації, санітарного нагляду доручають ротним лікпомам; хінізацію й дезин-

*) Цей лист розіслано місцям 5 березня 1932 року

фекцію роблять особи, зовсім необізнані на медичній справі. Навіть ті, що скінчили медтехнікуми й собі недосить знаються на санітарно-гігієнічних та епідеміологічних дисциплінах.

Чимала частина середнього медперсоналу проявила великий інтерес до своєї роботи, доводячи цим самим повну можливість стати дуже корисними працівниками на санітарно-культурному фронті. Треба таким товарицам всіляко допомогти, сприяючи підвищенню їхньої кваліфікації, надаючи їм спеціяльні знання.

Щоб здійснити це, Наркомздоров'я утворив заочні курси, що підготуватимуть помсанлікарів (курси розраховано на 1000 осіб) з робітників таких фахів: а) вакцинаторів, б) віспощепіїв, в) дезинфекторів, г) санітарних доглядачів, д) препараторів лябораторії, е) пробірерів, ж) хінізаторів і з) санітарних лікпомів.

Курси триватимуть $2^1/_2$ роки. Студенти, що скінчили курси, дістають кваліфікації помічника санлікаря й користуються з прав, що є для осіб, які скінчили санітарно-гігієнічні технікуми.

Мінімум знань для курсантів—курс чотирирічки.

Заочне навчання провадиться за методою, цілком доступною для осіб, що працюють в сан. епідустановах.

Щоб збільшити ефективність навчання, інститут заочної медосвіти організує на місцях при міжрайсанстанціях практичні заняття.

Наркомздоров'я покладає на міжрайонні санстанції й будинки сан. освіти обов'язок організувати із слухачів бригади для опрацювання контрольних завдань і постачання слухачам наочних приладь і підручників.

Наркомздоров'я пропонує вжити всіх заходів, щоб забезпечити прийом сан. робітників на курси, повідомити про це всі ліксанустанови, провівши спільно з професійною організацією відповідну роз'яснювальну роботу. *)

Нарком Охорони Здоров'я **Канторовіч**

Директор УВЗІМК'у **Станіславський**

91. Про скоріше вкомплектування складу слухачів заочн. медтехнікумів

До всіх облздоровідділів РЗІ, секцій здоровохорони міськрад та МСУ. Копія до НКОЗ АМСРР. Копія до уповноважен. НКОЗ в м. Київі та Одесі.

Вже не раз надсилалось вам інструкції та обіжники в справі добору студентів до заочних технікумів єдиного диспансеру та акушерського, що їх передбачає відкрити Відділ середньої мед. освіти Українського Виробничого Інституту медичних кадрів (УВЗІМК).

До згаданих технікумів, як ми вже вас сповіщали, приймають осіб що бажають дістати кваліфікації середнього мед. персоналу, з умовою якщо ці особи мають загальну освіту обсягом семирічки. В окремих же випадках (за висновком місцевої приймальної комісії) до технікумів дозволяється приймати осіб, що мають освіту обсягом чотирирічки (особливо для санітарок, що працюють в медустановах).

Проте, не всі РЗІ та секції здоровоохорони міськрад подали відповідний матеріял (заяви та документи майбутніх слухачів), так само не повідомили нас про перебіг кампанії добору слухачів. Таке ставлення РЗІ та секцій охорони здоров'я міськрад не дало нам змоги розпочати на намічений термін відкриття заочних технікумів і, крім того, викликало серед осіб, що подали заяви, непорозуміння з приводу загаяння початку навчання.

До цього вважаємо за потрібне додати, що ще 20 грудня 1931 року Укрколгоспцентр УСРР надіслав до всіх райколгоспспілок відповідні інструкції щодо їхньої участи у доборі слухачів заочних медтехнікумів.

Отже, звертаючи ще раз вашу увагу на важливість справи підготови медкадрів, НКОЗ пропонує негайно активізувати та якнайширше популяризувати питання добору слухачів на згадані заочні технікуми, щоб незабаром закінчити прийом студентів до заочних медтехнікумів.

Про перебіг згаданої справи та про наслідки повідомляйте УВЗІМК, відділ середньої освіти (Харків, вул. К. Лібкнехта 41) подаючи одночасно й всі матеріяли щодо прийому слухачів.

Зав. Сектору кадрів НКОЗ **Меньовеч**

Директор УВЗІМК **Дроздов**

*) Одночасно з цим обіжним листом всій периферії було надіслано анкети для слухачів.

92. Про постачання лікарям

(Постанова № 379 Наркомпостач. УСРР з 3 травня 1932 р.)

З метою поліпшити матеріяльно-побутові умови лікарів, установити з 1 липня 1932 р. такий порядок постачання лікарям:

1) Лікарям, що працюють у промрайонах та на нових будівництвах, продукти харчування та речі широкого вжитку постачати за нормами інжерно-технічних робітників, а лікарям, що працюють на селі,—за нормами вчителів.

2) Управлінню постачання та ВУКС'у забезпечити виділення потрібних фондів на 3 квартал ц. р.

Зам. Наркомпостачання УСРР **Берлін**

ОРГАНІЗАЦІЙНА ЧАСТИНА

93. Про харчове постачання лікустановам

(Постанова № 412 Ради Праці й Оборони з 20-IV 1932 р.)

Рада Праці й Оборони постановляє:

1) Запропонувати Наркомпостачу відновити норми 4-го кварталу 1932 р. на постачання продуктів харчування закритій лікувальній мережі Наркомздоров'я, а саме:

(В кгр. на ліжко у місяць)

	Лікарням	Яслам і будинкам маленства
Борошно	8	2,7
М'ясо	2,25	1,0
Риба	3,75	—
Масло тваринне	0,3	0,46
„ рослинне	0,3	—
Цукор	1,5	1,2
Крупи	3,75	1,1

2) Зобов'язати місцеві виконкоми та уповноважених Наркомпостачання СССР повністю забезпечити на місцях постачання закритій лікувальній мережі Наркомздоров'я продуктів харчування за встановленими нормами відповідно до наявної мережі.

3) Зобов'язати місцеві РСІ систематично перевіряти виконання цього вирішення.

Голова Ради Праці й Оборони **В. Молотов (Скрябін)**

Секретар Ради Праці й Оборони **Мирошников**

94. Угода на соцзмагання поміж ЦК спілки Медсартруд та ЦК спілки Громхарч.

(*Надіслано до міст, районів та окремих лікпрофустанов в пунктах УСРР, зазначених в соцугоді, 29-III—1932 р.*).

Додаючи до цього соцугоду поміж ЦК спілки Медсантруд та ЦК спілки громадського харчування, Наркомздоров'я підкреслює дуже важливе значення виконання та перевиконання цієї угоди місцевими органами охорони здоров'я, що про них зазначається в цій угоді. Виконання і перевиконання всіх вимог, що їх згадується в соцугоді, протягом 1932 року покаже, наскільки місцеві органи охорони здоров'я дійсно уявили всю політичну важливість піднесення медсанобслуговання робітників провідних галузей промисловости на вищий щабель, боротьби з захоруваністю та травматизмом, взагалі боротьби за широкі оздоровні заходи й зокрема за санмінімум.

Щоб досягти найефективніших наслідків, треба спочатку виконання всіх зобов'язань, що їх повинні здійснити органи охорони здоров'я, правильно організувати всю справу виконання по кожному окремому пакту соцугоди.

Стосовно до зазначених пактів треба по кожному окремому зобов'язанню чітко встановити:

а) фактичний стан, в якому перебуває та або інша ланка на 1. I. 1932 р.;

б) „ „ на 1. IУ. 32 р. і нарешті,

в) що треба зробити згідно з зобов'язаннями, що їх передбачається за соцугодою.

Щодо кожного окремого зобов'язання, то треба обов'язково дати якісні показники й за можливістю показники кількісні і щодо фактичного стану, і про те, що накреслюється. Про те, що передбачається реалізувати протягом 1932 року, треба у відомостях, які Ви повинні подати, дати зазначені показники у динаміці.

Переходячи до окремих розділів та пактів, бажано висвітлити таке:

Розд. I — „Санитарные мероприятия".

По пакт. 1 — Зазначити кількість санітарних лікарів по окремих фахах, що Ви їх маєте в цей час і що передбачено за пляном.

Поруч цього порівняти кількість санітарних лікарів з кількістю населення, що вони його обслуговують, окремо виділивши санітарних лікарів, харчовиків та промсанлікарів.

По пакт. 2 — Зазначити кількість робітників, що прибули з початку 1931 року, і охоплення їх санобробкою; кількість робітників, що повинні прибути і що їх треба провести через санобробку, та конкретно зазначити, в чому саме полягає у Вас санобробка.

Пакт. 3 та 4-й не вимагають пояснень.

По пакт. 5 — Щодо цього пакту, то зазначити, які саме заходи треба провести до 1 травня й як організовано переведення їх (чи є угода, чи є відповідний актив тощо); бажано зазначити, які саме роботи треба провести, при чому, коли є можливість, зазначити кількість візків бруду, що треба вивезти, площу, що її треба очистити, площу забрукування, кількість спеціяльних убиральних команд тощо.

По пакт. 6 — Зазначити кількісне забезпечення питьовою водою на підприємстві, в який спосіб провадиться це забезпечення (кількість баків, наявність фонтанчиків, чи воду хлорують, чи є якісь інші засоби).

По пакт. 7 — Зазначити % задоволення лазнево-пральними уставами, кількість переведених дезинфекцій, та дезинсекцій окремо приміщень та окремо одягу, і скільки є та перед бачається мати дезустав та лазнево-пральних закладів.

По пакт. 8 — У чому саме полягають вимоги щодо санітарно-гігієнічних норм підчас будування бараків і взагалі житлових помешкань; скільки саме площі припадає на 1 мешканця та припадатиме протягом 1932 року.

По пакт. 9 — Зазначити наявну кількість окремих осередків охорони здоров'я (громадські санітарні уповноважені, бригадири охорони здоров'я та загальна кількість робітників, що працюють, як активісти, лінією охорони здоров'я) кількість окремих пропозицій, що надійшли від робітничого активу медсанорганізації в справі боротьби за чистоту; скільки організовано окремих бригад, що постійно стежать за певними ділянками на підприємствах та в робітничих селищах; кількість умов на проведення санмінімуму, що їх уже складено та мають скласти.

Розд. II — „Лечебно-профилактическая работа".

По пакт. 1 — Щодо заводів ім. Томського, ім. Петровського та Леніна, ім. Сталіна, ім. Рикова та ім. Ворошилова — треба зазначити стан меддопомоги у вищезгаданих розрізах до і після утворення медсанцехів і що передбачається зробити за пляном протягом 1932 року, зазначивши окремо кількість лікарів та кількість цехмедпунктів.

Щодо вугільної та рудної промисловости, то окремо зазначити наявність підземних і надземних пунктів першої допомоги на 1. I, на 1. IV ц. р. та динаміку розгорнення їх протягом всього 1932 року.

Щодо шахт вугільної та рудної промисловости, що про них зазначено в соцугоді, то треба окремо відзначити підземні й надземні пункти. За цим пактом зазначити розгорнення згаданих закладів протягом 1932 року та їх динаміку.

По пакт. 2 — Зазначити кількість лікарів, що постійно працюють по медсанцехах та медсанпунктах і окремо зазначити лікарів, прикріплених для керівництва і проведення профілактичної роботи до окремих пунктів, цехів і шахт.

По пакт. 3 — Дати ті самі показники, що й по пакту 9, розд. I-й.

По пакт. 4. — Зазначити в чому саме полягає зв'язок зі згаданими установами, перелічити окремі роботи, що їх провадять спільно й які передбачається провести протягом 1932 року.

По пакт. 5 — У розвиток п. 4 зазначити конкретні показники зниження захорувaности й травматизму щомісячно або щоквартально, а також показати, яких саме заходів вживається та вживатиметься, щоб дійти зниження захоруваности.

По пакт. 6 — Зазначити штатну кількість медробітників по окремих амбуляторних установах, наявну кількість на 1 квітня ц. р. та фактичну потребу в кадрах.

По пакт. 7 — Навести систему прийому хворих робітників в амбуляторно-поліклінічних установах, стосовно до багатозмінности робіт на підприємствах, та зазначити плян переводу мережі на багатозмінність для 100% охоплення хорих робітників усіх змін.

По пакт. 8 — Зазначити, як забезпечено прикріплення кваліфікованих амбуляторних лікарів, зокрема хірургів та гінекологів до медсанпунктів, як забезпечено надання допомоги вдома в такий спосіб, щоб лікар відвідав всіх хворих в перший день хвороби, що передбачаєте зробити, щоб це реалізувати.

По пакт. 9 — Зазначити окремо, як у Вас забезпечено 100% шпиталізацію інфекційних соматичних, хірургічних та пологових хворих, і Ваш плян та міркування щодо здійснення цього.

По пакт. 10 — Зазначити, чи не прикріплено у Вас лікарні (цілком або частково) та амбуляторно-поліклінічні установи до окремих підприємств і до яких саме, чи використовується лікарів на проведення санітарно-громадської роботи на цих підприємствах та плян щодо здійснення цього (кількість лікарів, прикріплених до окремих цехів, шахт, бараків, в чому саме полягає їхня робота).

По пакт. 11 — Чи користуються у Вас лікарі-фахівці стаціонарів консультацією амбуляторних лікарів, в який спосіб Ви це проводите та Ваш плян щодо здійснення цього. Крім того в галузі надання медично-профілактичної допомоги Вам треба зазначити мережу установ лікарняної та позалікарняної допомоги в районі, стан медичних, зокрема лікарських кадрів по кожній установі окремо, стан та мережу фізіо-терапевтичної допомоги, зуболікарняних та зубопротезних установ і подати характеристику їхньої роботи.

По розд. III — **„Культурно-бытовое обслуживание"**.

По пакт. 1 — Зазначити, як забезпечено постійний сандогляд по їдальнях, кухнях, буфетах, сховищах продуктів тощо, хто саме провадить цей догляд, кількість харчових санлікарів і їхніх помічників.

По пакт. 2 — Зазначити дані за пляном будівництва ясел, кількість ясельних ліжок, чи закріплено ділянку для будівництва, чи опрацьовано проєкта, чи провадяться підготовні роботи.

По пакт. 3 — Зазначити кількість лікарів ОЗДП в районі, кількість шкіл ФЗС та ФЗУ, що припадають на одного лікаря; оздоровні заходи в школі, шкільні сніданки, санаторні установки, кількість дитячих поліклінік та профамбулаторій, кількість лік. кабінетів і яких саме, кількість медично-педологічних кабінетів на підприємствах, зв'язок їх з медсанцехом і єдиним диспансером; санітарний стан гуртожитків ФЗУ.

Член Колегії НКОЗ — **Туркельтауб.**

ДОГОВОР

о социалистическом соревновании между ЦК Союза Медсантруд и ЦК союза общественного питания

ЦК союза Медсантруд и ЦК союза рабочих общественного питания, заключив договор о социалистическом соревновании на осуществление исторических решений XVII партконференции и производственной программы 1932 г. выплавки 10 млн. тонн чугуна, добычи 90 млн. тонн угля, на основе полного претворения в жизнь 6 исторических указаний т. Сталина, на лучшую подготовку к IX всесоюзному с'езду профсоюзов, берут на себя обязательство добиться на основе мобилизации рабочих, инженерно-технических и научно-исследовательских работников союза общественного питания и работников здравоохранения, на основе развертывания среди них социалистических методов труда — социалистического соревнования и ударничества, коренного улучшения постановки общественного питания и медико-санитарного обслуживания рабочих ведущих промышленных предприятий и жел. дор. транспорта, имеющих решающее значение в выполнении программы угля, металла и машиностроения в заключительном году пятилетки, а именно:

По металлу:

1) Магнитогорск (доменная печь).
2) Макеевка, завод имени Томского,
3) Днепропетровск, заводы им. Ленина и Петровского,

4) Сталино завод им. Сталина,
5) Енакиево, завод им. Рыкова,
6) Надеждинск (Урал), метал. завод,
7) Златоуст (Урал), метал. завод,
8) Лысьево (Урал) метал. завод.

По углю:

1) Красноподносное рудоуправление (ст. Изволино):
 а) шахта № 1,
 б) шахта № 4,
 в) шахта № 3-бис.
2) Сталино — 4 шахты:
 а) заводская шахта,
 б) шахта № 5,
 в) шахта № 2,
 г) шахта № 8.
3) Ст. Рыково, (Енакиево):
 а) шахта им. Карла Маркса,
 б) „ „ „Красный Профинтерн",
 в) „ „ „Красный Октябрь",
 г) „ „ Артема (Щербиновка).
4) Советское шахтоуправление (ст. Ясиноватая):
 а) шахта Шмидт,
 б) „ Капитальная,
 в) „ № 20,
 г) „ № 13,
 д) „ № 17-бис,
 е) „ № 8 (Нижняя Крымка),
 ж) „ № 17.
5. Первомайское шахтоуправление (ст. Варвараполье),
6. Кадиевское шахтоуправление (ст. Алмазная),
7. Брянское
8. Артемовское („Парижская Коммуна", ст. Алчевск),
9. Белокалитвенское шахтоуправление (ст. Белая Калитва, Сев. Кавк.).

По машиностроению:

1. Уралмашстрой — г. Свердловск,
2. Краммашстрой — г. Краматорск,
3. Ижорский завод — г. Ленинград,
4. К. Э. С. — г. Подольск,
5. Красный Путиловец — Ленинград,
6. Завод им. Ворошилова — ст. Дружковка,
7. Воткинский завод — г. Воткинск, Саратовского района,
8. Дебальцевские заводы — ст. Дебальцево.

По жел.-дор. транспорту:

1. Пермская жел. дор.
2. Екатерининская ж. д.

По горно-рудной промышленности:

1. Рудник Кабакова (ст. Магнитная),
2. „ Бакальское (ст. Бакал),
3. Высокогорский (г. Тагил),
4. Рудник Гороблагодатский (ст. Благодатная),
5. „ Богославский (г. Надеждинск).

Криворожье — рудники:

1. Дзержинская группа,
2. Чубаровская,
3. Карла Либкнехта,
4. Красногвардейский,
5. Шварц,
6. Октябрьский,
7. Никопольский (Марганцевый).

В группе этих промышленных предприятий ЦК общественного питания берет обязательство провести следующие мероприятия:

1. Обеспечить своевременное окончание строительства предприятий общественного питания, намеченного планом 1932 г., и укрепить материально-техническую базу существующей сети за счет первоочередного снабжения их механическим оборудованием и инвентарем. Одновременно с этим добиться от промышленных предприятий наркомата тяжелой промышленности и наркомата легкой промышленности выполнения программы по изготовлению технического оборудования, предусмотренного заявками всекоопита и союзнарпит.

2. Добиться 100% охвата общественным питанием основных групп рабочих и полного охвата горячим питанием рабочих вечерних и ночных смен, горячих и вредных цехов.

3. Обеспечить эту группу предприятий квалифицированной поварской рабочей силой и административно-техническим персоналом. Довести удельный вес женского труда на этих предприятиях до не менее 70% к общему числу занятых рабочих за счет первоочередного вовлечения жен рабочих и работниц этих предприятий, охватить не менее 50% производственных групп рабочих технич. учебой.

4. Укрепить руководство местных союзных организаций (ФГМК), перестроить их работу на основе 6 указаний т. Сталина, решений XVII партконференции, V и VI пленумов ВЦСПС.

5. Полностью перевести эти предприятия на подлинный хозрасчет, ликвидировать у них обезличку в работе на основе правильной организации труда и прикрепления каждого рабочего к определенным процессам работы, ликвидировать текучесть раб. силы, уравниловку в зарплате, путем перевода рабочих на премиальную и сдельную оплату труда.

6. Перевести работу предприятий общественного питания по обслуживанию рабочих потребителей на систему т. Моргенштерна, обеспечивающую ликвидацию очередей, улучшение санитарно-гигиенического состояния предприятий и правильную организацию труда обслуживающего персонала.

7. Охватить бригадным хозрасчетом в этих предприятиях не менее 50% всех занятых рабочих.

8. Организовать на всех предприятиях общественного питания бракераж сырья и готовой продукции—по фабрикам-кухням и механизированным столовым, выдающим не менее 10 тыс. блюд с освобожденными бракеровщиками, а в мелкой сети — общественный бракераж.

9. Обеспечить силами ЦК краевых, областных и республиканских комитетов повседневную, живую, практическую помощь в работе этих предприятий путем прикрепления к ним членов президиума и ответственников ЦК и областных комитетов, посылки производственных бригад и систематической передачи лучших образцов и опытов работы на эти предприятия.

В свою очередь в группе этих промышленных предприятий ЦК союза медсантруд берет обязательство провести следующие мероприятия:

I. Санитарные мероприятия.

1) Количество санитарных врачей довести до утвержденных Совнаркомом норм с обязательным выделением отдельных санитарных врачей по общественному питанию.

2) Обязательная санобработка всех вновь принимаемых рабочих.

3) Поголовная противостепенная вакцинация (закончить таковую к 15-IV).

4) Полноценная (троекратная) прививка против брюшного тифа с охватом населения от 14 до 60 лет. Закончить к 1 мая.

5) Проведение генеральной весенней очистки территории промышленных предприятий к 1 мая.

6) Улучшение водоснабжения путем обеспечения доброкачественной водой.

7) Обеспечение банно-прачешными и дезустановками в указанных промышленных центрах.

8) Обеспечение проведения хозяйственниками нового строительства жилпомещений (бараков) в прямом соответствии с санитарно-гигиеническими нормами.

9) Систематическое плановое проведение с привлечением других организаций (РОКК), опираясь на широкий общественный актив рабочих, борьбы за чистоту.

II. Лечебно-профилактическая работа.

1) Полностью провести постановление Совнаркома об организации на предприятиях здравпунктов.

2) Укрепить здравпункты квалифицированными врачами-общественниками.

3) Мобилизовать вокруг здравпунктов рабочую общественность (встречные предложения рабочих по оздоровительным мероприятиям, корреспондентские рабочие пункты и т. д.), использовать местную и общую печать.

4) Тесно увязать работу здравпунктов с другими организациями на предприятиях (страхпункт, охрана труда, промсанитария, техники безопасности).

5) Конкретная плановая работа здравпунктов по борьбе за снижение заболеваемости и травматизма.

6) Полное укомплектование амбулатории квалифицированными медработниками.

7) Обеспечить на 100% в амбулаториях прием больных рабочих на все смены работы.

8) Обеспечить прикрепление квалифицированных амбулаторных врачей (хирургов-гинекологов) к здравпунктам и обеспечить помощь на дому так, чтобы все больные могли быть в первый день болезни обследованы врачем.

9) Обеспечить 100%-ю госпитализацию больных рабочих указанных промышленных пунктов.

10) Прикрепить больницы к отдельным предприятиям и использовать врачей для санитарно-общественной работы на последних.

11) Обеспечить консультацию амбулаторных врачей врачами специалистами стационаров.

III. Культурно-бытовое обслуживание.

1) Обеспечить постоянный саннадзор в столовых, кухнях, буфетах, хранилищах продуктов.

2) Обеспечить выполнение контрольных цифр 1932 г. по ясельной сети в указанных предприятиях.

3) Обеспечить наличие врачей ОЗД и П в каждом пункте.

4) Провести 100% диспансеризацию рабочих ведущих профессий, в первую очередь ударников.

IV. Контроль выполнения договора.

1) Заслушивать не реже одного раза в два месяца на президиуме ЦК, республиканских, краевых, областных профцентрах отчетные доклады местных профорганизаций и органов здравоохранения о выполнении соцдоговора.

2) Наладить живой инструктаж с обязательной посылкой не менее шести раз в год в каждый указанный в списке пункт ответственного инструктора для проверки выполнения договора.

Арбитром по соцдоговору является газета „Труд".

ЦК союза Медсантруд Авдеева

ЦК союза рабочих общественного питания Леонтьев

95. Про організаційне зміцнення апарату райздоровінспектур і про поліпшення якости їхнього керівництва.

До всіх облздоровідділів, інспекторів охорони здоров'я районів та міст Донбасу і міст, що раніше були безпосередньо підпорядковані ВУЦВК'у.

Значне розширення периферійної медично-санітарної мережі й різноманітність форм роботи органів охорони здоров'я, що все збільшується, значною мірою ускладнюють організацію керівництва низовою медично-санітарною периферією, вимагають міцного диференційованого управління окремими галузями роботи охорони здоров'я.

Отже, питання зміцнення апарату районових органів охорони здоров'я є на сьогодні актуальнішою задачею і Наркомздоров'я, і обласних відділів охорони здоров'я, і безпосередньо самих рай та міськздоровінспектур.

Відсутність на найближчий період перспектив щодо збільшення штатів районових інспектур охорони здоров'я, значна обмеженість цих штатів (наявність в штаті деяких районів лише одного райздоровінспектора) вимагають встановити такі форми зміцнення апарату райздоровінспектур, що не були б пов'язані зі збільшенням штатів, встановлених натепер.

У процесі півторарічного безпосереднього керівництва райздоровінспектурами від Наркомздоров'я було запропоновано низку форм, що забезпечують зміцнення низового апарату охорони здоров'я і полегшують організаційне керівництво різними галузями охорони здоров'я. Застосування цих форм у деяких райздоровінспектурах, за висновком останніх, повністю себе виправдало, підвищивши якість керівництва, поліпшивши зв'язок з периферією тощо. Проте, багато райздоровінспектур, не зважаючи на неодноразові вказівки від Наркомздоров'я з цього приводу, досі не приступили до переведення цих заходів у себе і не використали на місці всіх можливостей для зміцнення свого апарату.

Нагадуючи востаннє про потребу вжити якнайрішучих заходів щодо здійснення заходів, що нижче перелічуються в справі зміцнення апарату райздоровінспектур, Наркомздоров'я пропонує негайно організувати виконання на місцях і забезпечити перевірку здійснення таких заходів:

1) Утворити при рай або міськ. інспектурах охорони здоров'я роботоспроможні, активні лікарські ради, притягнувши до їхнього складу всіх активних робітників охорони здоров'я району (зокрема — фахівців). Лікарську раду скликати систематично (не менш 1-2 разів на місяць) для опрацювання всіх питань охорони здоров'я, що мають актуальне значення на кожний даний момент.

2) Притягнути до роботи в райздоровінспектурі, як позаштатних інспекторів для керівництва окремими галузями охорони здоров'я (лікпроф, охматдит, санепід тощо) найдосвідченіших робітників районового центра (наприклад, головлікар лікарні, поліклініки, диспансера — на лікпрофінспектора, зав. райконсультації—на інспектора охматдиту тощо) за сумісництвом з їхньою основною роботою, при чому райздоровінспектор повинен вишукати хоча б мінімальні кошти для сплати цих сумісництв.

3) Організувати правильно налагоджену обліково-статистичну роботу в райздоровінспектурі і забезпечити технічне виконання її, притягнувши до роботи в інспектурі статистика, рахівника або бухгальтера, діловода або

секретаря з оплатою цих робітників коштами фонду меддопомоги застрахованим або з інших джерел, при чому питання про кількість цих робітників треба розв'язати залежно від масштабу роботи і тих коштів, що їх можна асиґнувати на цю справу.

Технічне обслуговування райздоровінспектури та обліково-статистичну роботу в ній треба забезпечити за всяку ціну і піднести на належну височінь.

4) Щоб взаємно обмінюватися досвідом роботи, треба широко практикувати на засадах попереднього погодження поміж райздоровінспектурами перехресні інспектування одними райздоровінспектурами інших, а також одних медсанустанов іншими і у межах даного району, і в міжрайоновому маштабі; треба організувати обізнання з показовими зразками роботи окремих райздоровінспектур і окремих медсанустанов (обізнання із Зінов'ївською, Кремінчуцькою лікарнями тощо).

Відомості про стан виконання всіх вказівок треба надіслати до оргсектора Наркомздоров'я не пізніш, як 20 липня б. р.

Заст. Наркомздоров'я **Саратіков**

Кер. Орг.—Контрольн. управління **Єфімов**

(Об. розп. НКОЗ з 29-V-1932 р. № 45-ОК).

96. Про зміцнення зв'язку органів та установ охорони здоров'я з членами ВУЦВК та ЦВК СРСР, що працюють безпосередньо на підприємствах в колгоспах і мешкають на території областей (районів) УСРР.

До всіх облздоровідділів, інспектур охорони здоров'я міст і районів Донбасу, а разом міст, що раніше були безпосередньо підпорядковані ВУЦВК. Копія до НКОЗ АМСРР

Щоб зміцнити зв'язок органів та установ охорони здоров'я з членами ВУЦВК'у та ЦВК СРСР, що працюють безпосередньо на підприємствах і колгоспах і мешкають на території областей (районів) УСРР, Наркомздоров'я пропонує:

1. Забезпечити найскоріше запроваджування заходів органами та установами охорони здоров'я з усіх зауважень, запитань, пропозицій, що стосуються роботи установ охорони здоров'я й надходять від членів ВУЦВК'у та ЦВК Союзу РСР, що мешкають на території области (району), організувати якнайскоріше та якнайповніше здійснення цих зауважень й пропозицій, обов'язково сповіщаючи їх про наслідки кожного запитання або пропозиції.

2. Залучати членів ВУЦВК'у та ЦВК Союзу РСР, якщо буде їхнє відповідне побажання, до складу бриґад для обслідування медично-санітарних установ.

3. Запрошувати членів ВУЦВК'у та ЦВК Союзу РСР для участи в практичній роботі громадських організацій охорони здоров'я (т-ва оздоровлення труда та побуту тощо).

Ці вказівки надаються на розвиток постанови Секретаріяту ВУЦВК'у з 26 квітня ц. р. під ч. 38-523, надісланої облоргкомітетам, РВК та міськрадам, де можна з цією постановою обізнатися.

Наркомздоров'я — **Канторовіч**

Кер. Орг. Контрольного Управл. — **Єфімов**

(Об. розп. НКОЗ з 29 травня 1932 р. — 45-ОК-195).

97. Як складати звіт про наслідки Всеукраїнського двомісячника збирання рац. пропозицій.

До всіх облздроввідділів, інспектур охорони здоров'я Донбасу, наукових і медичних інститутів.

На неодноразові вимоги сектора раціоналізації НКОЗ подати підсумки проведеного двомісячника збирання рац. пропозицій, відповіді ще й досі не одержано повністю.

Своїм обіжником з 13 березня 1932 р. № 45132 НКОЗ спільно з ВУК'ом Медсантруд склали певні вказівки щодо систематизації рацпропозицій, що надійшли, та запровадження їх у життя.

Отже, підрахувавши подані рац. пропозиції та систематизувавши їх за змістом, тоб-то розподіливши їх на такі, що стосуються питань системи управління, організації праці, винахідництва тощо, взявши їх на облік (див. додану тут форму) складіть остаточний звіт, зазначивши в ньому підготовну роботу до запровадження двомісячника (чи обговорювали це питання на засіданні МК, на загальних зборах, конференціях, на зльотах ударників тощо), дані про дальший рух його, наслідки двомісячника, недоліки або перешкоди, що заважають реалізувати пропозиції.

Складений за доданою тут формою звіт, а також текстовий звіт треба негайно подати до сектора раціоналізації НКОЗ. Крім загального звіту треба з поданих пропозицій (а також і винаходів) вилучити та подати до НКОЗ такі, що мають не лише місцеве значення, а які можна поширити й на інші споріднені установи.

Складні або недоопрацьовані рац. пропозиції або винаходи треба обов'язково включити до пляну робіт Брацставину. на 1932 р.

Опрацьовуючи та просуваючи рацпропозиції або винаходи, треба додержуватися директивних вказівок у цій справі, які надіслав місцям сектор раціоналізації та ЦБ рац. винаходів НКОЗ.

Надалі роботу збирання рац. пропозицій треба поглибити, зробивши її систематичною, повсякденною, і подавати щокварталу звіт про перебіг роботи (за доданою формою).

Кер. сектора Р. С. В. **Приходько.**

Ст. інспектор рацгрупи **Заєць**

(Об. розп. НКОЗ з 15 квітня 1932 р. № 45—132).

БРАЦСТАВИН

Звіт про рух рацпропозицій (квартальний, піврічний)

____________________________ з 193... р.
назва установи

Одержано рацпропоз. всього	З них за змістом								Із загальної кількости						Фонд преміювання	Скільки видано на попередню реаліз. р. п.
	Управлінськ.	Орган. праці	Виробнич.	Наукового	Методолог.	Винахідн.	Техн. удоск.		В стадії обговор. або опрац.	Відхилено	До реалізації	Реалізовано		Внесено до пляну Брацстав		
												цілком	частково			

Ефективність	Передбачення	Фактична	
	грошова, лікпрофіл., інша	грошова, лікпрофіл., інша	 підпис „ “..........193... р.

Лицева сторінка

1. 3. 5. 7. 9. 11. 13. 15. 17. 19, 21. 23. 25. 27. 29.		Дати одерж.	Шифр.
Автор	Посада / Адреса	Місце роботи	Чл. партії „ ЛКСМУ позапарт. ударник (підкреслити)

Зміст рацпропозиції

	Кому доручено розглянути	Коли	Термін	Дата поверн.	Висновок
Рух рацпропоз.	1				
	2				
	3				

Обліково-контрольна картка рацпропозицій Аб. НКОЗ.

Зворотна сторінка

Коли подано Р\|П до експ. комісії (дата)	Висновок експ. комісії	До реаліз. відхилено. реалізовано внесено до пляну БРСВ на 193 р. премійовано (підкреслити)

Коли доручено реалізувати (дата)	Кому доручено реалізувати	Реалізація	
		Початок (дата)	Кінець (дата)

Сума, що їз витрачено на реаліз.	Ефективність (грошова, інша)	
	Передбачена	Фактична
Розмір визначеної премії та відмітка про її видачу		

98. Про розгортання пологових ліжок у соцсекторі села

До всіх облздороввідділів, міськздоровінспектур та райздоровінспектур Донбасу, НКОЗ АМСРР, до МСУ новобудівництв, до медсансектора Уповнаркомшляхів, до всіх правлінь райколгоспспілок, до всіх правлінь колгоспів, до активістів та всієї трудящої людности села.

Закінчення в основному процесу колективізації сільського господарства України, величезне піднесення на цій базі культурного рівня та добробуту трудящих міста й села, невпинне зростання участи жінок у всіх галузях соціялістичного будівництва — вимагає найшвидшої ліквідації відсталої ділянки здоровоохорони — надання кваліфікованої допомоги підчас пологів.

Такі показники, як пересічно 32% охоплення по Україні пологодопомогою породіль, а в соцсекторі села лише щось з 20%, аніяк неможва вважати за задовільні.

Треба вже 1932 року домогтися хоча-б того, щоб на 50% охопити породіль-колгоспниць належною медичною допомогою при пологах з тим, щоб найближчого часу довести цей відсоток до 100%. Це величезне завдання можна виконати лише за умови активної, безпосередньої допомоги від найширших верств трудящої людности села.

Отже, Наркомздоров'я та Укрколгоспцентр пропонують негайно розгорнути масову кампанію навколо цього питання, обговорити цю справу на загальних зборах колгоспників, активу, на засіданнях правлінь колгоспів, залучити якнайширше жінок-активісток, всю колгоспну масу.

Всі низові ланки здоровоохорони повинні якнайширше, якнайактивніше увімкнутися в цю масову роботу, організуючи та скеровуючи ініціятиву трудящих. Конкретно ця робота повинна лінією колгоспів полягати в такому:

а) відвести здатне приміщення для улаштування 2-3 пологових ліжок та окремої кімнати для самих пологів, б) пристосувати це приміщення для зазначеної мети та провести ремонт, в) улаштувати установки (хоч би примітивні) для санобробки породіль, що вступають, г) обладнати пологовий стаціонар відповідним твердим та м'яким інвентарем (ліжка, столи, шафи, кухонний посуд, білизна тощо), д) набирати молодший допоміжний персонал із числа колгоспниць, зараховуючи їхню роботу, як трудодні, е) давати харчування породіллям, ж) виділяти колгоспниць-активісток для підготовки їх через короткотермінові курси як помічниць, патронажних сестер, з) постійно зосереджувати громадську увагу навколо справи пологодопомоги, маючи на меті піднести якість її.

Лінією органів охорони здоров'я — забезпечувати пологові стаціонари медперсоналом, належним медичним обладнанням, речами індивідуального догляду, струментами та медикаментами коштом охорони здоров'я.

Заст. Наркомздоров'я **Кустелян**

Член Правління Укрколгоспцентру **Ольгин**

(Об. розп. НКОЗ з 29 травня 1932 р. № 211 — 13)

99. Про активну імунізацію дітей проти дисентерії

До всіх облздороввідділів, міськздоровінспектур, райздоровінспектур Донбасу, медсансектора УпНКШляхів. Копія — до НКОЗ АМСРР, до сектора водного транспорту НКОЗУ

Не зважаючи на те, що за пляном НКОЗ місця повинні з першого травня ц. р. розпочати запровадження активної імунізації дітей до 7 років протидисентерійною вакциною (пер-ос), за відомостями, що є в НКОЗ, в багатьох місцях полівалентної протидисентерійної вакцини ще досі навіть не замовили в бакінститутах.

Виникає загроза, що пляна щеплень проти дисентерії своєчасно не виконають.

Отже, попереджую, що відповідальність за виконання всього пляну боротьби з шлунково-кишковими захоруваннями, зокрема серед дітей, цілком несе керівник здоровоохорони району або міста. Пропоную терміново замовити всю потрібну кількість вакцин для запровадження заходів боротьби з епідемічними захоруваннями.

Заст. Наркомздоров'я — Заст. голови Ц. Н. С. К. **Саратіков**

Керівник сектору ОХМД **Федотова**

(Об. розп. НКОЗ з 11 травня 1932 р. № 210-11)

100. Про охоплення яслами дітей начскладу Червоної Армії

До всіх обздоровввідділів, до всіх міськздоровінспектур, до всіх райздоровінспектур Донбасу. Копія—До НКОЗ АМСРР, МСУ новобудів, медсансектору УпНКШляхів.

За відомостями, що є в НКОЗ, досі не вжито рішучих заходів, щоб охопити яслами дітей комскладу Червоної Армії, хоча за місцевим бюджетом спеціяльно виділено кошти.

Тимчасом деякі місця, не зважаючи на всі труднощі і на відсутність приміщень (Ніжен, Київ, Житомир) все-ж таки цю роботу виконують. Отже, НКОЗ востаннє пропонує негайно розпочати організацію спеціяльних ясел для охоплення дітей начскладу Червоної Армії і виділити для того ж певну кількість місць по яслах, що вже існують, зокрема по тих, що не перебувають безпосередньо при підприємствах.

Треба до цієї роботи притягнути гарнізонного лікаря, за допомогою якого легше буде дістати приміщення.

Наркомздоров'я УСРР **Канторовіч**

Керівник групи Охматдит **Федотова**

(Об. розп. НКОЗ з 11 травня 1932 р. № 2011 — 147).

101. Про виїзні консультації

До всіх обласних відділів охорони здоров'я районних і міських інспектур охорони здоров'я Донбасу. Копії до НКОЗ АМСРР. МСУ нових будівництв. медсансектора Уповнаркомшляхів і сектора водного транспорта Наркомздоров'я

Досвід минулих років довів, що виїзні консультації там, де їх організували, цілком себе виправдали.

Отже треба й цього року обов'язково так побудувати роботу районних консультацій на селі, щоб кожна з них деякою мірою була виїзною. Диспансерну роботу консультації на селі безперечно можна провадити цілком лише в районі того села, де містяться консультації, причому на постійний диспансерний нагляд кожна консультація в сільському районі повинна взяти також окремий радгосп, комуну або МТС, в яких треба диспансеризувати всіх жінок і дітей віком до 7 років.

З 24 робітних днеи на місяць консультація повинна працювати на місці лише 20 днів, а 4 дні повинна бути виїзною, причому виїзди в ту або ту місцевість не повинні бути одноразові; для виїздів треба закріплювати окремі найважливіші ділянки роботи сільського сектора: комуни, МТС, радгоспи тощо.

У сільському секторі консультація повинна провадити свою роботу не менше, як протягом двох днів, надаючи там не лише профілактичну допомогу, але провадити саносвітроботу і серед жінок, і серед чоловіків.

У виїздах повинна брати участь патронажна сестра та акушерка.

Розгортаючи роботу виїзних консультацій, треба завчасно умовитися з колгоспспілкою про те, щоб колгосп, радгосп або комуна виділили певне місце для консультацій (кімнату для роботи).

Виїзна консультація повинна також працювати навколо організації пологової допомоги по великих радгоспах і комунах.

Отже, протягом року кожна консультація на селі може обслужити близько розташовані комуни, радгоспи, виїжджаючи до них раз на 2-3 місяці не менш, як на 2 дні кожного разу.

Член колегії НКОЗ **Туркельтауб**

Кер. групи ОХМД **Федотова**

(Об. розп. НКОЗ з 27 квітня 1932 р. № 21031)

102. Про розгортання мережі сезонових ясел до просапної кампанії

До всіх облздороввідділів. МЗІ, РЗІ Донбасу, МСУ новобудів, сектора водного транспорту НКОЗ. Копія до НКОЗ АМСРР Медсансектору УпНКШляхів

Сезонові ясла, як правило, по Україні ніколи не розгортаються одночасно, й основна кількість їх розгортається лише до засівної капанії.

Проте, цього року, вважаючи на величезне значіння просапної кампанії, зокрема по районах бурякових та технічних культур, Наркомздоров'я пропонує обов'язково по цих районах та по окремих радгоспах, в яких є бурякові та технічні культури, розгорнути всю мережу ясел, що її накреслено за пляном 10-VI ц. р.

Цю роботу треба провести бойовими темпами й забезпечити в першу чергу відповідними умовами та постачанням ці ясла.

Заст. Наркомздоров'я УСРР **Саратіков**

Кер. сектора охматдиту **Федотова**

(Об. розп. НКОЗ № 21181/191 в 25-V 1932 р.)

103. Про організацію радіо-курсів для ясельних робітників

До всіх облздоровідділів, МЗІ, РЗІ Донбасу, облвідділів і міськвідділів наросвіти райвідділів наросвіти Донбасу, райколгоспспілок, МСУ новобудів. Копія до НКОЗ АМСРР Медсансектору УпНКШляхів

Зважаючи на те, що цього року курси, що їх організовано для підготовки ясельних робітників майже по всіх районах, не охопили достатньої кількости осіб, що їх треба було підготувати для роботи в яслах, Наркомздоров'я, Наркомосвіти та Укрколгоспцентр вважають за потрібне цього року провести постійний інструктаж по радіо тих робітниць, що вже працюють по яслах.

Досвід минулих років яскраво довів, що головним гальмом правильної постановки роботи в яслах є недостатня кваліфікація допоміжного персоналу. Отже, для того, щоб продовжити підготову робітниць, яка тривала дуже короткий час, організовано ці радіо-курси.

Вам належить обов'язково оповістити всіх робітниць, що тепер працюють по сезонних яслах, забезпечити їх явку до радіо-установок один раз на п'ятиденку та забезпечити регулярний контроль слухання радіо-передач.

Вважаючи на надзвичайно важливе значення цього постійного інструктажу, Наркомздоров'я, Наркомосвіти та Укрколгоспцентр пропонують Вам поставитися до цієї роботи досить уважно та забезпечити відповідну кількість слухачок на цих радіо-курсах.

Про час радіо-передач та порядок переведення цієї роботи буде повідомлено додатково.

Член Колегії НКОЗ **Туркельтауб**

Член Колегії НКОсвіти **Варун**

Член Правління Укрколгоспцентру **Леонідов**

(Об. розп. НКОЗ, НКОсвіти та Укрколгоспцентру № 21251/192 в 25-V 1932 р.)

104. Про організацію педологічної роботи в УСРР

(Постанова РНК УСРР з 3 травня 1932 р. прот. № 14/744, п. 19)

Слухали:	Постановили:
Про організацію педологічної роботи в УСРР. № 17791 Затв. опитом	Щоб застосувати найбільш ефективні методи й правильно організувати учбово-виховну та оздоровну роботу, Рада Народніх Комісарів ухвалює:

1) Методологічне й методичне керівництво та планове погодження педологічної роботи відомств, що провадять таку, здійснюється міжвідомчою педологічною радою при НКОсвіти, що діє на підставі окремого положення.

2) НКОсвіти провадить педологічну роботу через мережу своїх наукових дослідних інститутів та дослідно-педологічних станцій, педологічно-учбові заклади й педологічні кабінети при місцевих органах народньої освіти.

Педологічна робота НКОсвіти полягає:

а) В педологічному обґрунтуванні питання організації й раціоналізації педологічного процесу, по всіх окремих галузях: політехнізація, громадсько-політичне виховання, методика учбової виробничої праці;

б) Керівництво по педологічному обстеженню справи укомплектування шкільних груп, педологічні питання відсіву та неуспішности учнів різних шкіл.

в) Керівництво роботою по профорієнтації та участь в профконсультаційній праці.

ґ) Керівництво обстеженням виробничого та культурно-побутового оточення учнів,

д) Керівництво справою педологічної підготовки та перепідготовки учителів і масової педологічної пропаґанди.

є) Участь у роботі професійного відбору, в відборі дітей, що їх важко виховувати та психічно аномальних.

3) НКЗдоров'я провадить лікарсько-педологічну роботу через науково-дослідні інститути, лікарсько-педологічні учбові заклади, дитячі відділи єдиних диспансерів, дитячі консультації, дитячі профамбулаторії, дитячі поліклініки та мережу ясел.

Лікарсько-педологічна робота НКЗдоров'я здійснюється напрямком оздоровлення праці й побуту дітей та підлітків, боротьбі з профшкідливостями, гігієнізації учбово-виробничої праці, педологічного обґрунтування педагогічного процесу з дошкільним дитинством.

Лікарсько-педологічна робота НКЗдоров'я здійснюється в школах, учбово-виробничих майстернях через систему диспансеризації та порядком медично-профілактичного обслуговування дітей та підлітків полягає в:

а) обстеженні біологічних, неврологічних та участи в обстеженні психологічних особливостей дітей та підлітків;

б) виробленні гігієнічних норм режиму праці та відпочинку й масових оздоровних заходів серед дітей та підлітків;

в) керівництві обстеженням та підбором фізично-слабих та психічно-аномальних дітей і підлітків;

г) участі в обстеженні виробничого та культурно-побутового оточення;

д) участів в обслідуванні по комплектуванню дитячих груп у відборі важкого до виховання дитинства;

є) участі в роботі з профорієнтації, профконсультації та профвідборі через систему диспансеризації

ж) участі в переведенні педологічної пропаґанди та

з) керівництві справою лікарсько-педологічної підготовки та перепідготовки лікарів.

4. УпНКВажпром і НКЛегпром провадять педологічну роботу через мережу педологічних кабінетів при школах ФЗУ, учбових комбінатах та через педолого-психотехнічні відділи інститутів промкадрів.

Педологічна робота УпНКВажпрому й НКЛегпрому полягає в:

а) керівництві педологічним обґрунтуванням учбово-виробничого навчання та виховання трудової культури учнів ФЗУ;

б) керівництві педологічною роботою в справі аналізи та раціоналізації педологічного процесу, політехнізації системи організації учбово-виховної роботи, обліку успішности громадсько-політичного виховання тощо;

в) керівництві педологічною роботою в справі організації побуту та дозвілля учня ФЗУ комуни, гуртожитку тощо;

г) участів в опрацюванні педологічних засад громадсько-політичної роботи учнів ФЗУ;

д) участі в гігієнічно-оздоровній роботі серед учнів ФЗУ (оздоровлення учбово-виробничої роботи, масові оздоровні заходи, шкільне будівництво тощо).

є) участі в обстеженні виробничого та культурно-побутового оточення учнів:

ж) участі в профконсультаційній, профорієнтаційній роботі та диференційному профвідборі учнів;

з) участі в підготовці педологічних кадрів і керівництві педологічною перепідготовкою викладачів, інструкторів та інженерно-технічних кадрів;

і) участі в переведенні педологічної пропаґанди.

5. Педологічна робота, що її провадять різні відомства лінією профконсультації та профвідбору, координується та погоджується міжвідомчою радою при НКПраці УСРР, що діє на підставі окремого положення.

Секретар РНК УСРР **Зорін**

105. Про вилучення з дитбудинків НКОсвіти дітей з невро-психічними аномаліями

До всіх облздороввідділів, МЗІ, РЗІ Донбасу. Копія до НКОЗ АМСРР Медсансектора УпНКШляхів, МСУ новобудів

За постановою РНК УСРР з 21 березня ц. р. № 9-739 „Про заходи до ліквідації вуличної безпритульности в УСРР“, НКОЗУ пропонує перевести, вилучення з дитбудинків НКО всіх дітей з невро-психічними аномаліями.

Організація цієї роботи покладається на обласні відділи охорони здоров'я, які утворюють спеціяльні відборочні комісії в таких містах: в Харкові, Києві, Одесі, Дніпропетровському, Вінниці, Полтаві, Чернігові, Херсоні, Сталіно та Ромні. Склад комісії, що її призначає в кожному з перелічених міст відповідний обласний відділ охорони здоров'я визначається в такий спосіб: голова комісії — лікар-психоневролог, члени комісії — психіятр, невропатолог, фахівець — дефектолог; в Харкові та Одесі — представник інститутів дефектології та в Дніпропетровському, Києві та Вінниці — представники секцій дефектології науково-дослідних станцій НКО, в решті міст лікар-педолог від диспансерів ОЗДП, представник від органів Наросвіти та від ЛКСМУ.

За тим районуванням, що є лінією психіятричних лікарень, до кожної комісії прикріплюється відповідна кількість районів, з яких дитбудинки повинні направляти дітей лише до своєї відборочної комісії.

Кожний дитбудинок в особі завідувача з участю лікаря ОЗДП, який обслуговує дитбудинок, складають список дітей, що їх потрібно вилучити з дитбудинку за станом невро-психічного здоров'я. Цей список за підписом завідувача дитбудинку та лікаря ОЗДП попередньо надсилається до відповідної відборочної комісії.

Відборочна комісія ознайомлюється з надісланими списками та з визначеними даними про стан психо-нервового здоров'я та за реєстром прізвищ завчасно викликає групу дітей з кожної інтернатної установи (дитбудинку) на відповідний визначений день.

Комісії працюють в спосіб сесій з певним визначенням термінів кожної сесії засідань комісії, про що облздороввідділи оголошують по всіх районах, прикріплених до тої або іншої комісії.

Щоб правильно розподілити дітей з невро-психічними аномаліями до відповідної мережі НКОЗ, НКО та Наркомсоцзабезу подається реєстр показів для керування відборочних комісій.

Вилученню с дитбудинків підлягають лише ті діти, які за своїм невро-психічним станом вимагають інтернування у лікувально-профілактичних та медично-педагогічних установах.

1. Діти з гострими психічними захоруваннями підлягають направленню до дитячих відділів психіятричних лікарень в місцях функціонування відборочних комісій (Психіятричні лікарні — Харківська, Київська, Одеська, Ігренівська, Дніпропетровська, Полтавська, Херсонська, Вінницька, Чернігівська, Роменська, а з Сталінської комісії направляти до Харківської лікарні).

2. Діти з хронічними психічними захоруваннями з проградієнтною течією напрямляються до Роменської дитячої психіятричної лікарні (м. Ромен).

III. Діти з хронічними органічними захоруваннями нервової системи тяжких ступенів (тяжкі наслідки енцефалітів, менінгітів, люетичних захорувань мозку, з явищати значних паралісів, великих гіперкінезів, атрофій тощо), а також діти з тяжкими порушеннями в галузі ендокринної системи, але що не потрібують хірургічного лікування, вилучаються до Харківського педо-психоневрологічного інституту. Діти з органічними нервовими захоруваннями, яким потрібна хірургічна допомога, вилучаються до Харківської психіятричної лікарні (райони Лівобережжя) та до Київської психіятричної лікарні (райони Правобережжя).

IV. Діти, що терплять на епілепсію з частими нападами судом (прикладом, не менш, як раз на декаду) та взагалі тяжкі епілептики з явищами судом, а також епілептики з рідкими нападами або навіть і без нападів, але, що мають явища епілептичної дементности або різні еквіваленти антисоціяльного поводження (тяжка агресивність, руїнницьке поводження тощо), підлягають інтернуванню у Роменській дитячій психіятричній лікарні.

Діти-епілептики з рідкими нападами і з нормальним розумовим розвитком вилученню не підлягають, маючи на увазі переведення лікування їх на місці.

V. Діти з наявністю психопатичного стану та антисоціяльним спрямованням поведінки вилучаються до дитячих трудових колоній, що існують в системі місцевих органів наросвіти, та в яких переводиться систематична сільсько-господарча праця та робота у майстернях.

VI. Діти з тяжкими формами олігофренії, розумового недорозвою, а саме: ідіоти та глибокі імбецили, вилучаються до будинка для імбецилів у Сватовій Лучці.

Імбецили нетяжких ступенів з певними соціяльно-педагогічними можливостями (застосування до різноманітних форм трудової діяльности) направляються до відповідних інтернатів, що існують в системі НКО, а саме:

а) **Пересічна** — допоміжний дитячий будинок (з Харківської, Роменської, Полтавської та Сталінської Комісій).

б) **Київський** допоміжний дитячий будинок (з Київської, Чернігівської, Вінницької комісій).

в) **Дніпропетровський** допоміжний дитячий будинок (Дніпропетровської комісії).

г) **Одеський** допоміжний дитбудинок при інституті дефектології (з Одеської та Херсонської комісій).

Щодо дітей з легкими формами розумової відсталости (дебільність), то їх потрібно залишати в своїх будинках з застосуванням до них допоміжного навчання.

Вік дітей, що вилучаються до всіх вищезгаданих установ з 8 до 15.

Всі переростки та підлітки віком старше 15 років вилучаються: психічно хорі — до відповідних психіятричних лікарень, а ідіоти та глибокі імбецили, що за фактичним станом є безнадійні інваліди з великим обмеженням соціяльно-корисних можливостей, вилучаються до установ Наркомсоцзабезу, мережа яких буде додатково надіслана.

Роботу відборочних комісій треба до 15 червня 1932 р. повнотою закінчити за відповідальністю обласних відділів охорони здоров'я.

Відборочні комісії щодо кожної обслідуваної дитини ухвалють постанову з визначенням діягнози та установи, куди ця дитина підлягає направленню за вищезазначеними показами.

Разом із цим, на кожну дитину заповнюється індивідуальна картка, форма якої до цього додається. На всі засідання відборочної комісії складається протокол, де зазначають прізвища кожної дитини та підлітка, вилученого до установ НКОЗ, НКО та НКСоцзабез, будинка, з якого він є, віку його, діягнози та установи, куди за постановою комісії дитина підлягає направленню.

Протоколи постанов з додатком індивідуальних карток відборочні комісії надсилають негайно до сектора ОЗДП НКОЗ, який остаточно затверджує ці постанови та надсилає путьовки на той чи той медично-педагогічний заклад до відповідного дитбуду. Після обслідування комісії діти повертаються до свого дитбуду, де вони чекають від НКОЗ вищезгаданих путьовок. Тільки після одержання їх дітей треба напрямлювати до відповідних установ.

Погоджено.
Сектор Соцвиху НКО УСРР — **Барун**

Керівник Медпрофуправління **Туркельтауб**

Керівник сектора ОЗДП — **Бандурівський**

(Об. розп. НКОЗ № 21321/178 з 22/V-1932 р.)

ІНДИВІДУАЛЬНА КАРТКА ДИТИНИ,

що вилучається з дитбуду за показниками її нервово-психічного стану

1. Назва дитбуду .
2. Його точна адреса: село місто Району
3. Прізвище дитини .
4. Ім'я дитини .
5. Вік дитини .
6. Діягноза, що її визначено відборочною комісією: (зазначити пакт інструкції щодо показів, під який підведено цю дитину).
7. Педагогічні можливості
8. Установа (за інструкцією) у яку підлягає вилученню дитина.

Голова Комісії

Член комісії (дефектолог або педолог) —
Секретар —

106. Про плян та контрольні числа оздоровлення дітей та підлітків на 1932 р.*)

До облздоровввідділів, МЗІ, РЗІ Донбасу, МСУ новобудів. Копія до НКОЗ АМСРР, медсансектора УпНКнкшляхів

На Всеукраїнській нараді здоровоохорони, що відбулася в Харкові 8—12 квітня ц. р., всім зав. облздоровввідділів та здоровінспекторам, а також робітникам Охматдиту було роздано контрольні числа оздоровлення дітей на 1932 рік. На цій нараді було обговорено основні настановлення щодо проведення оздоровної роботи і дано директиву подати пляни оздоровної роботи на 1932 рік не пізніш 10 травня. Одноразово з цим тим же представникам облздоровввідділів та здоровінспектур було роздано бюлетеня НКОЗ № 3-4 1932 року, де на стор. 100—102 опубліковано розпорядження про розгорнення оздоровних заходів серед дітей шкільного віку.

Не зважаючи на це, відомості, що має НКОЗ, свідчать, що на місцях хід підготови до переведення оздоровної роботи та плянування її за поданими контрольними числами проходить незадовільно. Окремі райони до такої роботи ще й не приступили. НКОЗ щодня одержує ряд листовних запитань про те, як організувати оздоровну роботу; запитують, який склад мусить мати міжвідомча оздоровна комісія, в який спосіб найкраще розподілити лікарів, щоб обслуговувати влітку оздоровні установи, як скласти бюджет тощо. Це стає незрозумілим після розданих матеріялів, проведеної інструктивної наради, на якій були присутні майже всі представники облздоровввідділів та здоровінспектур, що їх було докладно поінформовано в цій справі.

НКОЗ пропонує під особисту відповідальність зав. облздоровввідділів та здоровінспектур взяти до уваги та виконати нижчезазначені додаткові вказівки в справі оздоровної роботи серед дітей та підлітків:

1. Зважаючи на те, що школа цього року за директивами НКО матиме перерву для першого концентру з 15 червня, для другого концентру з 25 червня, що школа переходить на літні форми роботи, що утворює максимально сприятні умови для організації оздоровно-виховної роботи, — органам охорони здоров'я потрібно, плянуючи організацію оздоровної роботи влітку серед дітей шкільного віку, підготувати таку до зазначених термінів, коли припиниться навчання в

*) Розіслано 24 травня 1932 р. Ред.

школі. Для цього треба травень місяць максимально використати для відбору в комісіях, через диспансери дітей до оздоровних установ, встановити континґенти, черговість оздоровлення цих дітей, дотримуючись типології оздоровних установ, що її оголошено в бюлетені № 3-4 цього року.

2. Подані від НКОЗ контрольні числа оздоровлення дітей шкільного віку на 1932 рік передбачають максимальне розгорнення масових форм оздоровлення через оздоровні шкільні майдани з харчуванням, фізкультурні майдани, оздоровні піонер-табори, шкільні колонії, сезонні санаторії, що вимагатиме напруження всіх сил та засобів місцевих організацій і для мобілізації коштів, утворення сталого бюджету, і забезпечення відповідними приміщеннями, устаткуванням всіх цих типів оздоровних установ. Для цього НКОЗ ще 15 квітня надіслав Вам повідомлення про постанову секретаріяту ВУЦВК'у щодо місячника оздоровної кампанії. За цією постановою місячник треба організувати з I. V — 1. VI — Місячник передбачає мобілізацію грошей через надвишку на постанови в кіно, театри і т. інш. карнавковий збір, влаштування концертів, вистав, кіно — сеансів і інших видовищ на користь оздоровної кампанії. За цією постановою надається право місцевим органам охорони здоров'я через президії міськрад та РВК ухвалювати відповідні постанови, беручи до уваги місцеві умови, організуючи роботу в такий спосіб, щоб місячник дав відповідні наслідки. Протягом цього місячника треба, крім мобілізації коштів та підготови приміщень, звернути особливу увагу на забезпечення оздоровних установ відповідними кадрами. Для цього треба організувати в місцях невеликі короткотермінові семінари для підготови педагогів і технічного персоналу. Підготову цих кадрів провести спільно з органами, наросвіти, використати бажання окремих вчителів залишитися на працю в оздоровних шкільних майданах, шкільних колоніях і в сезонних санаторіях протягом цілого сезону, використати окремих культармійців органів Наросвіти, студентів Пед. ВИШ'ів та мед. ВИШ'ів, а також студентів масових роб. університетів.

Щоб забезпечити нормальну роботу семінарів, треба притягнути до участи в них інститути ОЗДП, ін-ти педагогіки, відділи ОЗДП єдиних диспансерів, дитячі поліклініки, а також профамбуляторії.

3. Щодо плянового охоплення і клясових принципів відбору до оздоровних установ, НКОЗ пропонує взяти до неухильного виконання такі настановлення:

а) дітей робітників провідних галузей промисловости — вугілля, металюрґія, транспорт, машинобудівництво, новобуди, хемія—дітей начскладу РСЧА та військ ДПУ, дітей дитбудинків на 100%;

б) дітей робітників радгоспів, колгоспів, бідноти, наймитства, стосовно до загальної кількости дітей за встановленими контрольними числами на селі—75% решта 25% — дітей інших;

в) в надрайонах оздоровними заходами насамперед охопити дітей колгоспників на 100%

г) із загальної кількости дітей, що їх оздоровлюватиметься 1932 року, визначити охоплення піонерів—85%, надаючи перевагу піонерам—ударникам, що проявили себе в шкільній роботі.

Отже за типологією, що її встановив НКОЗ, на В/область, район, за контрольними числами треба пропустити через оздоровні установи 1932 р. таку кількість дітей шкільного віку:

1. Оздоровний шкільний майдан з харчуванням	діт.
2. „ піонер—табор та шкільна колон.	„
3. Шкільно-санітарна установа	„
4. Санаторії сезонні (примітиви)	„
5. Постійні санаторії (спеціякування)	„
Разом . . .	діт.*)

Ці контрольні числа, визначені до 1 січня 33 року, належить довести до кожного району, міста, села, фабрики, заводу, школи, розробивши їм окремі пляни та залучивши до цього шкільні комітети, піонерські, комсомольські та професійні організації, широко розгортаючи роз'яснювальну роботу серед робітників, колгоспників, батьків напрямком максимальної мобілізації внутрішніх ресурсів (кошти, фонди постачання) для оздоровних установ, спрямовуючи роботу на закріплення оздоровних установ з тим, щоб вони функціонували протягом цілого року, особливо такі, як оздоровний шкільний майдан та шкільно-санаторні установки.

4. Оздоровлення робітничих підлітків, відповідно до постанови ЦК ВЛКСМ про організацію та оздоровлення праці підлітків і робітничої молоді, набирає зараз виняткової ваги. Місцевим органам охорони здоров'я разом з КСМ, професійними організаціями, а також органами соцстрахування треба приділити максимум уваги організації та проведенню оздоровної роботи серед робітничих підлітків у такий спосіб, щоб забезпечити їх основними видами оздоровлення в провідних галузях промисловости — вугілля, металюрґія, транспорт, машинобудівництво, хемія, гарячі цехи та новобуди на 100%, дотримуючись такої типології оздоровних установ і таких контрольних чисел оздоровлення через:

1) будинки відпочинку для дорослих, в яких надається підліткам 15% всіх місць.
2) санаторії дня відпочинку
3) нічні санаторії .
4) оздоровні колонії молоді
5) приміські дачі робітничої молоді

*) Кількість дітей було визначено для кожної інспектури окремо. Ред.

6) санаторії, курорти всесоюзного й місцевого значення, в яких виділяється 5% усіх місць .

7) зимові та літні фізкультурні майдани .

Разом по (області) району

Ці контрольні числа також треба довести до кожної школи ФЗУ, підприємства, фабрики, заводу тощо. Треба вже тепер розпочати організацію підготовної роботи до максимального використання літніх форм оздоровлення та закріплення установ у постійні. Для цього треба опрацювати окремий плян, виходячи з поданих контрольних чисел проведення оздоровної роботи серед підлітків, забезпечити через систему диспансеризації медогляд учнів ФЗУ, встановивши континґенти, що підлягають направленню до тих або тих оздоровних або санаторно-курортних установ. Цю роботу треба провадити за обов'язковою участю на місцях органів соцстрахування, комсомольських і професійних організацій, максимально використовуючи ініціятиву молоді на поширення та підвищення якости роботи оздоровних установ.

5. Досвід минулих років показав, що медсанобслуговування оздоровних установ для дітей та підлітків було поставлено незадовільно. Більшість цих установ влітку провадить працю без будь якого лікарського догляду та контролю.

Тому, пропонується одноразово з доведенням плянів оздоровної роботи на 1932 рік серед дітей і підлітків до районів, міст і шкіл — забезпечити систематичним мед. сан. обслуговуванням всі оздоровні установи в цьому році, прикріплюючи до кожної оздоровної установи певних лікарів та середній медперсонал (особливо на селі, де відчувається недостача лікарів), встановивши персональну відповідальність кожного з них за медсанобслуговування даної оздоровної установи.

6. Відомості про перебіг підготови до оздоровної кампанії свідчать, що такої не висвітлюють достатньою мірою в місцевій пресі, через радіо та інші види масової роботи.

Тому, НКОЗ пропонує організувати систематичне висвітлення перебігу підготови, забезпечити суворий більшовицький контроль за роботою всіх організацій, що провадять оздоровлення; міжвідомчу комісію зробити бойовим штабом в справі оздоровлення і не припускати ганебної практики минулих років, коли, як правило, міжвідомчі комісії оздоровдиту працювали лише підчас підготови до оздоровної кампанії влітку і не цікавилися самою роботою оздоровних установ підчас літа.

Треба встановити, що міжвідомчі комісії оздоровдиту (обласні, районні, міські) повинні бути постійними органами плянування та організації цілої системи оздоровних заходів протягом року серед дітей та підлітків. За роботу міжвідомчої комісії персонально відповідатиме зав. облздороввідділу та райздоровінспектор.

Пропонується, на підставі надісланих раніш і цієї директиви, розробити конкретний плян оздоровлення дітей та підлітків на 1932 рік і подати його НКОЗ не пізніш 10 червня ц. р.

Наркомздоров'я УСРР — Канторович

Керівник сектора ОЗДП — Бандурівський

(Об розп. НКОЗ № 21331-174 з 22-V 1932 р.)

107. Про надсилку до НКОЗ плянів виконання постанови ЦК ВКП(б) від 21 квітня 1932 р. на 1932-33 шкільний рік

До облздороввідділів, МЗІ, РЗІ Донбасу, МСУ новобудів. Копія до НКОЗ АМСРР Медсансектору УпНКШляхів

Постанова ЦК ВКП(б) від 21 квітня 1932 р. про роботу піонерської організації ставить перед системою здоровоохорони низку невідкладних чергових політичних завдань в справі оздоровлення соціялістичної зміни, медично-санітарного обслуговування школи та піонерської організації.

В перших числах червня ц. р. Колеґія НКОЗ розглядає плян виконання постанови ЦК ВКП(б) про роботу піонерської організації лінією здоровоохорони.

Для того, щоб урахувати пропозиції областей, міст, районів та скласти єдиний по Україні плян виконання постанови ЦК ВКП(б) про роботу піонерської організації, Наркомздоров'я пропонує:

а) по всіх містах і районах скликати широкі наради лікарів ОЗДП, лікарів диспансерних установ ОЗДП (дитполіклініки, дитпрофамбуляторії, відділи ОЗДП єдиних диспансерів тощо) спільно з представниками місцевим органів наросвіти, рад фізкультури, комсомольських організацій УЧХ. ДД, Т-ва оздоровлення праці та побуту, поставити доповіді про постанову ЦК від 21 квітня ц. р. та про конкретні заходи оздоровлення соціялістичної зміни;

б) у наслідок цього треба добитися того, щоб усі робітники ОЗДП і лікарі, що обслуговують школи, вивчили цю історичну постанову ЦК партії і подали свої практичні пропозиції щодо її реалізації в конкретних умовах области, міста, району, школи.

Заст. Наркомздоров'я **Хармандар'ян**

Керівник сектору ОЗДП **Бандурівський**

(Об. розп. НКОЗ № 2341-184 з 27 квітня 1932 р.)

108. Про участь органів здоровоохорони в місячнику перевірки виконання постанови ЦК ВКП(б) про школу

До обздороввідділів, МЗІ, РЗІ Донбасу, МСУ новобудів. Копія НКОЗ АМСРР, медсансектора УпНКШляхів

За ухвалою НКО, ЦК ЛКСМУ, ВУРПС, ВУК Робос та Укрколгоспцентра з 15 травня по 15-е червня 1932 р. на Україні розпочато місячник громадського огляду того як виконано постанову ЦК ВКП(б) про початкову та середню школу та підготовку до нового 1932-33 навчального року.

Місячник є продовження перевірки реалізації постанови ЦК партії про школу, що розгорнуто з ініціятиви комсомольців-педагогів. Місячник треба щільно пов'язати з конкурсом на кращу школу, кращого вдарника педагога, краще медично-санітарне обслуговування школи та органів здоровоохорони, до оздоровної роботи влітку та підготовку до нового навчального року.

НКОЗ, виконуючи постанову ЦК партії про школу, надіслав ще 26 березня ц. р. директиву „Про масові оздоровні заходи та лікарсько-педагогічну роботу в школах й дошкільних установах" Цією директивою встановлено найприступніші та найпотрібніші заходи підсилення медсанобслуговування школи та оздоровлення соціялістичної зміни.

НКОЗ пропонує увімкнутися до місячника перевірки виконання постанови ЦК партії про школу, взявши за основу нашу директиву 26 березня ц. р. Треба максимально її популяризувати серед робітників, колгоспників та бідняцько-незаможних кіл селянства. Кращих лікарів ОЗДП, робітників диспансерних установ ОЗДП преміювати і виділити кращі диспансерні установи, колективи робітників, окремих лікарів на Всеукраїнський конкурс, що відбудеться після закінчення місячника в м. Харкові.

Заст. Наркомздоров'я УСРР — **Хармандар'ян**

Керівник сектору ОЗДП — **Бандурівський**

(Об. розп. НКОЗ № 21341-185 з 28-V 1932 р.)

ОЗДОРОВЛЕННЯ ПОБУТУ. ПОПЕРЕДЖЕННЯ ПОШЕСНИХ ЗАХОРУВАНЬ

109. Про саносвітню роботу в галузі боротьби з кишковими захворуваннями

До всіх обл. здороввідділів, міськздороввідділів і райздоровінспектур Донбасу Копії — до НКОЗ АМСРР, МСУ нових будівництв.

У зв'язку з можливістю поширення в літні місяці захворувань на черевний тиф та дизентерію, саносвітроботі в галузі боротьби з кишковими інфекціями треба вже тепер приділити максимальну увагу, провадячи всю роботу під гаслом „за чистоту, за ліквідування кишкових захорувань, що можуть зірвати виконання промфінпляну",

У цій роботі треба провести такі заходи:

1) скликати широкі наради з здоровохоронного активу (здоровосередки т-ва оздоровлення праці та побуту) разом з господарчими організаціями (директори заводів, житлоспілка, Комгосп, Вукопіт, Колгоспцентр) для інструктажу в галузі профілактики кишкових інфекцій, обговоривши на цих нарадах конкретні питання участи активу та зацікавлених організацій в боротьбі з цими інфекціями.

2) Провести низку нарад з комендантами гуртожитків (особливо новобудів) завідувачами їдалень, двірниками для відповідного інструктажу в галузі переведення санмінімуму в гуртожитках їдальнях, садибах.

3) Провести наради із вчителями та батьківськими комітетами по школах для ознайомлення зі шляхами боротьби з кишковими інфекціями та для накреслення заходів переведення санмінімуму в школах.

4) Провести спеціяльні засідання секцій охорони здоров'я міськрад, санкомісій селищних рад, ставлячи доповіді про шлях боротьби з кишковими інфекціями.

5) Скликати наради лікарів прикріплених до ріжних об'єктів для інструктажу в переведенні санкультроботи.

6) Виділити бриґади з медробітників, що вкупі з осередками здоровохорони перевірили б санстан підприємств, гуртожитків, їдалень, житлокопів та накреслили б на місці певного пляну ліквідування антисанітарного стану відповідних об'єктів.

7) Організувати по всіх підприємствах, клюбах, гуртожитках санкутки, яким постачати достатню кількість гасел, листівок та плякатів з кишкових захорувань.

8) Організувати лекції та роботу пересувок в житлокоопах, гуртожитках, клюбах, підприємствах по черевному тифу та дисентерії.

9) Вміщувати в місцевій пресі, в багатотиражках статті про заходи боротьби з кишковими захоруваннями, а також друкувати фото тих, що провадять та тих, що гальмують переведення заходів боротьби з кишковими інфекціями.

10) Широко використати радіо, а де є фільми з черевного тифу, то й кіно-устави.

11) Організувати на підприємствах та клюбах гігієнічні консультації в справі профілактики кишкових на захворувань.

Відповідальність за переведення всієї цієї роботи треба покласти на завід, будинків санкультури, а там де їх немає, на санлікаря.

Про роботу треба повідомляти сектор науки та санкультури раз на місяць.

Наркомздоров'я — Канторовіч

Заст. керівника групи Санкультури — Цанк

(Об. розп. НКОЗ, з 10 травня 1932 р.)

110. Про організацію курсів медсанпропаганди

До всіх облздороввідділів, міськздоровінспектур, МСУ новобудів, райздоровінспектур Донбасу, будинків санкультури.

Копія до НКОЗ АМСРР і медсансектора Уповнаркомшляхів

Потреба негайно розгорнути масову ліквідацію санітарної та сантехнічної неписьменности є основне завдання санкульторганізації на 1932 р.

Для того, щоб не розпорошувати роботи та щоб підпорядкувати її певній меті в розумінні підготовки певних кадрів із громадського активу серед різних груп трудящих, Вам треба у додаток до н-попередніх директив, розгорнути протягом 1932 р. курси згідно з доданою до цього номенклятурою, кількістю та обсягом:

Харківська область

№№ по черзі	МІСТО або РАЙОН	Курси сануповноважених по 30 чол.	Курси першої допомоги по 35 чол.	Курси для цехов. бригадир. по підпр. по 35 чол.	Курси для робіт. громадськ. харчув. по 30 чол.	Курси робітн. комун. справи по 50 ч.	Курси санлікнепу по 40 чол.
1	Харків	5	100	15	20	5	150
2	Полтава	2	50	5	10	3	100
3	Кремінчук	2	50	10	10	3	100
4	Суми	2	60	5	5	5	100
5	Вовчанське	2	60	3	5	3	100
6	Охтирка	2	30	3	5	3	50
7	Слов'янське	2	60	10	10	5	100
8	Ромен	2	60	3	5	3	50
9	Лубні	3	50	5	5	3	100
10	Старобільське	3	50	3	5	2	100
11	Березівка	2	30	—	2	1	30
12	Прилуки	3	40	3	3	2	50
	Разом по області	30	640	65	85	38	1080

Київська область

№№ по черзі	МІСТО або РАЙОН	Курси сануповноважених по 30 чол.	Курси першої допомоги по 35 чол.	Курси для цехов. бригадир. по підпр. по 35 чол.	Курси для робіт. громадськ. харчув. по 30 чол.	Курси робітн. комун. справи по 50 ч.	Курси санлікнепу по 40 чол.
1	Київ	5	100	15	20	5	150
2	Житомир	3	60	5	10	3	100
3	Біла Церква	3	60	2	5	3	100
4	Коростень	3	60	3	5	3	100
5	Ніжен	3	60	5	10	5	100
6	Черкаси	3	60	5	5	3	100
7	Чернигів	3	60	—	2	5	100
8	Баришпіль	2	30	—	2	1	50
9	Ржищів	2	30	5	10	1	50
	Разом по області	27	520	40	69	29	850

№№ по черві	МІСТО або РАЙОН	Курси сануповноважених по 30 чол.	Курси першої допомоги по 35 чол.	Курси для цехов. бригадир. по підпр. по 35 чол.	Курси для робіт. громадськ. харчув. по 30 чол.	Курси робітн. комун. справи по 50 ч.	Курси санлікпепу по 40 чол.
	Одеська область						
1	Одеса	5	90	15	20	5	150
2	Миколаїв	2	60	10	15	3	100
3	Зінов'ївське	3	60	10	10	5	100
4	Херсон	2	60	5	10	3	100
5	Першомайське	2	60	5	5	3	100
	Разом по області	14	330	45	60	19	550
	Дніпропетровська область						
1	Дніпропетровське	5	90	15	20	5	150
2	Запоріжжя	2	60	5	15	5	100
3	Кам'янське	1	60	10	10	5	100
4	Дніпробуд	2	60	15	15	5	150
5	Павлоград	2	60	3	5	3	100
6	Бердянське	2	30	5	5	3	50
7	Мелітопіль	2	30	5	10	5	50
8	Кривий Ріг	2	60	10	10	5	100
	Разом по області	18	450	68	90	36	800
	Вінницька область.						
1	Вінниця	3	100	5	10	5	150
2	Бердичів	2	40	5	10	3	100
3	Шепетівка	3	40	2	5	3	100
4	Могилівський	3	40	5	5	3	100
5	Гуманський	3	40	2	5	3	100
6	Тульчинський	3	40	3	5	3	100
7	Проскурівський	3	40	5	10	5	100
8	Кам'янецький	3	60	5	10	5	100
	Разом по області	23	400	32	60	30	800
	Донбас						
1	Лисичанське	2	60	10	10	5	100
2	Гришино	1	50	8	8	5	100
3	Красний Луч	2	50	10	10	5	100
4	Горлівка	2	50	10	10	5	100
5	Сталіно	2	60	10	15	5	100
6	Луганське	2	90	10	15	5	100
7	Макіївка	2	60	10	15	5	100
8	Маріюпіль	2	60	10	10	5	100
9	Артемівськ	2	90	10	15	3	150
10	Костянтинівка	2	60	10	10	5	100
11	Ровеньки	1	60	10	10	5	100
12	Алчевське	1	60	5	10	5	100
13	Рикове	1	60	10	15	5	100
14	Краматорське	2	60	10	10	5	100
	Разом по Донбасу	26	210	143	173	75	1450

Програмі курсів треба використати вміщені в:

1) Програма короткотермінових курсів першої допомоги для колгоспів—Бюлетень НКОЗ 1932 р., № 1 - 2, стор. 11.
2) Програма курсів для сануповноважених по радгоспах, МТС та колгоспах — Збірник „Медично-Санітарне обслуговування масових сільсько-господарських кампаній"—Медвидав, 1932 р., стор. 26.
3) Курси з техніки безпеки та промсанітарії—директива НКОЗ № 55511-226 з 18-V 1931 р.
4) Програма короткотермінових курсів радіом для кербудинків, комендантів, двірників, прибиральниць житлової кооперації—проспект Всеукр. масового сан.-гіг. університету радіом. Харків 1931-32 р.
5) Типова програма з гігієни санітарії харчування. Директ. НКОЗУ № 54316 з 3 листопада, 1931 р.

Ліміти взято на ввесь 1932 р. (спочатку) й зазначені не лише на місто, але й на район, що його обслуговує даний будинок санкультури. Зазначені курси треба провадити і в будинкові санкультури, як і на периферії (підприємства, цехи, їдальні, клюби, житлокоопи тощо)—залежно від місцевих умов. До переведення курсів треба притягнути лікарів до району відповідно їхнього фаху (курси з гром. харчування—санхарлікарів, курси з житлово-комунальної справи—житлово-комунальні лікарі тощо). При будинкові санкультури треба організувати постійний інструктаж курсів, постачати їм відповідне наочне приладдя та масову популярну саносвітлітературу.

Організацію курсів треба погодити з профспілковими господарчими організаціями так у розумінні сприяння від них в переведенні фахових курсів, і асигнування потрібних коштів на розгорнення курсів та масової курсової роботи з ліквідації санітарної та санітарно-технічної неписьменности взагалі.

Про перебіг цієї справи треба повідомляти обласним бюрам санкультури щомісячно, а останні загальні зведення повинні щомісячно надсилати до НКОЗ (Група санкультури).

Всі облздоровв ідділи, РЗІ Донбасу повинні взяти під неослабний контроль та безпосереднє керівництво зазначену роботу.

Народній Комісар Охорони Здоров'я Канторович

Ст. Інспектор групи санкультури Поволоцький

(Об. розп. НКОЗ з 11-V 1932 р. № 1714).

ЛІКПРОФЧАСТИНА

111. Про рішуче поліпшення медсанобслуговування робітників радгоспів та МТС*)

До всіх облздороввідділів, МЗІ, РЗІ Донбасу. Копія до НКОЗ АМСРР

Численні дані, що надходять до НКОЗ свідчать про те, що досі на селі фактично немає переважного обслуговування провідних ланок соцсектору—радгоспів МТС.

В значній частині районів льокальних умов між РЗІ та адміністрацією радгоспів і МТС на медобслуговування робітників не складено.

В разі ж умови складено — немає контролі за їхньою реалізацією і лінією РЗІ як і адміністрації радгоспів і МТС.

За наслідок цього є такі факти:

1) Перша меддопомога по радгоспах та їхніх філіях (відділках) здебільшого не налагоджена; контроль за поповненням аптечок першої допомоги майже відсутній

2) прикріплення лікарів та осіб середнього медперсоналу до кожного радгоспу та МТС не проведено, як систему;

3) Медогляд робітників радгоспів та МТС провадиться надзвичайно рідко та без певних призначених строків;

4) немає систематичного контролю за запровадженням санмінімуму по гуртожитках, їдальнях тощо;

5) не виявляється енергія, ініціятива та настирливість медробітників щодо налагодження лазнево-пральної справи по радгоспах і МТС, влаштування дезинсекторів;

6) майже відсутня санкультробота, пов'язана з виробництвом;

7) не провадиться систематична реєстрація с.-г. травматизму та широка профілактика останнього серед робітників радгоспів і МТС;

*) Надіслано місцям 26 квітня 1932 р. Ред.

8) підготовка кадрів першої допомоги, сануповноважених ясельних робітниць з числа робітників радгоспів і МТС кількісно недостатня;

9) зовсім кволо розгорнуто справу організації громадської самодіяльности (утворення осередків Т-ва оздоровлення праці та побуту).

Здебільшого в повному занепаді перебуває медсанобслуговування робітників лісгоспів.

Все це свідчить про те, що райздоровінспектури не поставилися до обслуговування радгоспів і МТС, як до найважливішої справи, до ударного завдання, і це, поруч з браком медкадрів на селі (як об'єктивною причиною) спричиняється до незадовільного стану справи.

Треба в найкоротший термін знищити всі перелічені хиби, рішуче поліпшити справу здоровоохорони на селі, поставивши на належну височінь медсанобслуговування провідних ланок соцсектора села.

На підставі зазначеного пропонується:

1. Зобов'язати РЗІ та МЗІ негайно скласти льокальні умови з кожним радгоспом та МТС на підставі генумов, що їх склав НКОЗ з с.-г. трестами та Укртракторoцентром незалежно від кількости робітників по радгоспах та МТС.

2. Після 10-го травня організувати декадник масової громадської перевірки по всіх районах стану складання цих місцевих умов.

3. На РЗІ та МЗІ, що не складуть до згаданого терміну умов з кожним радгоспом та МТС, накласти адмінкари, про що сповістити НКОЗ.

4. В кожному районі та приміській смузі, де є радгоспи та МТС, провести за змогою перегрупування кадрів медробітників з тим, щоб надіслати медперсонал до тих радгоспів і МТС де за умовою потрібно утворити медпункт або амбуляторію.

5. Облздороввідділам вжити заходів до обов'язкового забезпечення радгоспів і МТС медкадрами зокрема використавши випуски медтехнікумів областей.

6. ОблЗВ, РайЗІ, МЗІ—взяти під окремий догляд найбільші радгоспи та МТС і в першу чергу тваринницькі, зернові та технічних культур.

7. В ОблЗВ завести певний облік стану забезпечення медсанобслуговуванням робітників радгоспів та МТС (паспортизація).

8) Підчас відряджень до районів представників ОблЗВ зобов'язати їх, як правило, обслідувати стан медсанобслуговування радгоспів, лісгоспів та МТС.

9. На 1 червня надіслати до НКОЗ спис радгоспів, лісгоспів та МТС по кожному району области з зазначенням:

а) належности радгоспу до того або того с-г. тресту.

б) чи складено від РЗІ умову,

в) стану реалізації цієї умови лінією РЗІ та адміністрації радгоспів і МТС в галузі медобслуговування та санітарно-оздоровних заходів,

г) наявности постійних медустанов, що існують безпосередньо при радгоспах на 1/VI-1932 року.

д) стану медсанобслуговування найміцніших радгоспів і МТС области, зокрема тваринницьких, зернових та техкультур.

Заст. Народнього Комісару Наркомздоров'я **Саратіков**

(Об. розп. НКОЗ № 20346 з 26 квітня 1932 р.).

ТИПОВИЙ ДОГОВІР

між НКОЗ та с. г. трестами на медсанобслуговування їхніх радгоспів

..................міс. 1932 року Народній Комісаріят Охорони здоровя' УСРР в особі...та......................................трест в особі...................................для поліпшення медично-санітарного обслуговування радгоспів..................тресту склали на підставі арт. арт. 6—7 постанови РНК СРСР з 12 січня 1930 р. „Про умови праці в радянських господарствах (Зб. Зак. СРСР 1930 р. ч 6, арт. 70) таку умову:

Арт. 1. Протягом 1932 р. треба забезпечити радгоспи, що є в складі.................. тресту медично-санітарними та лікувально-профілактичними установами, зазначеними нижче, а саме:

а) у кожному радгоспі з кількістю постійних робітників та учнів радгоспів не менш, як 500 та якщо він (центральна садиба) віддалений від найближчої амбуляторії не менш, як на 5 кілом. — організується на центральній садибі постійна амбуляторія та при ній стаціонар на 5 ліжок: 3 ліжка для тимчасового перебування хорих до відрядження їх до відповідної лікарні й 2 ліжка пологові.

б) У кожному радгоспі з кількістю постійних робітників та учнів радгоспів не менше, як 500 та якщо він (центральна садиба) віддалений від найближчої амбуляторії менш як 5 кілом.— організується на центральній садибі радгоспу постійний пункт першої меддопомоги.

Такий самий постійний пункт першої меддопомоги організується на центральній садибі радгоспу й при меншій, як 500, кількості постійних робітників та учнів радгоспучів, якщо центральна

садиба радгоспу віддалена від найближчої амбуляторії більш, як за 5 кілом. та радгосп має не менш, як 100 постійних робітників.

Увага I: Постійний пункт першої меддопомоги організується також і на окремих дільницях радгоспів за наявности на даній дільниці не менш, як 500 постійних робітників та якщо вона віддалена від найближчої амбуляторії не менш, як 5 кілом., або коли за наявности не менш 100 постійних робітників дільниця радгоспу розташована більш як за 5 кілом. від тої або тої найближчої амбуляторії.

Увага II: За наявности на центральній садибі амбуляторії, яка має філії (пункти першої меддопомоги) на дільницях, наглядають за роботою згаданих філій лікарі амбуляторій, розташованих на центральній садибі. При відсутності медустанов в радгоспі (так на центральній садибі, як і на окремих дільницях) останній відвідують не менш, як один раз на декаду лікарі найближчих до центральної садиби радгоспу або дільниць амбуляторій.

Підчас виїздів лікарів до радгоспів, вони провадять періодичний медогляд робітників, що мешкають по гуртожитках і робітників громадського харчування (персонал їдалень, харчсклепів, доярок тощо).

в) У кожному радгоспі з кількістю сезонових та будівельних робітників не менш, як 750, на час польових робіт організується на центральній садибі або на одній з дільниць радгоспу (залежно від того, де концентрується ця маса) сезонна амбуляторія.

Увага: У такому разі існуючий постійний пункт першої меддопомоги не припиняє свого функціонування.

г) У кожному радгоспі з кількістю сезонних та будівельних робітників від 300 до 750, на час польових робіт організується на центральній садибі або на одній з дільниць радгоспу (залежно від того, де ця маса концентрується)—сезонний пункт першої меддопомоги.

Такий самий сезонний пункт першої меддопомоги організується і для меншої за 300 кількости сезонних будівельних робітників, якщо радгосп віддалений від найближчої лікустанови більше, як за 5 кілом. та має не менш, як 100 постійних та сезонних робітників разом.

д) Для обслуговування груп робітників, що віддалені підчас роботи від своєї бази (трактори. колони, лісорозробні партії тощо) роздаються аптечки першої допомоги спеціяльно призначеним та обученим особам, а де це можливо—й спеціяльному персоналові.

а) У кожному радгоспі з кількістю постійних робітниць та дружин робітників не менш, як 250—організуються постійні ясла.

Сезонні ясла організується в радгоспі за наявністю не менш 20 дітей до 4 літнього віку робітників радгоспу постійних, як і сезонних.

ж) Для обслуговування дітей та матерів у радгоспах з кількістю не менш 500 постійних робітників — до штату лікустанови радгоспу додається лікар по охороні дитинства та материнства.

Арт. II. Якщо на території радгоспу, або не далі 5 кілом. від нього існують лікпрофустанови—обслуговування радгоспу можна покласти на них, але вони відповідно розширюються і медперсоналом і медінвентарем, медикаментами тощо.

Арт. III. Ліжкова допомога робітникам та членам їхніх родин (шпиталізація хорих) по тих радгоспах, де лікарні немає, або вона недостатня—надається в найближчій лікарні, для чого вона відповідно поширюється.

Арт. IV. В разі неможливости на місці надавати відповідну лікувальну допомогу хорим робітникам радгоспів або членам їхніх родин — вони відряджуються до належних лікустанов.

Арт. V. У тих радгоспах, де немає пологових ліжок, акушерська допомога надається від роз'їздних акушерок з найближчих медустанов.

Арт. VI. По всіх радгоспах встановлюється постійний санітарний нагляд через регулярні виїзди санітарного лікаря, який повинен звертати особливу увагу на житло-побутові умови, харчування, водопостачання, лазнево-пральну справу, попередження пошесних хороб і боротьбу з ними та профілактику травматизму.

Арт. VII. Районні або міські здоровінспектури забезпечують проведення по радгоспах систематичної саносвітньої роботи.

Арт. VIII. . трест зобов'язується:

а) Надати для всіх зазначених в цій умові медустанов, а також для житла мед. та техперсоналу, що їх обслуговує, досить пристосовані та відремонтовані приміщення в відповідних радгоспах.

У в а г а. Для належного здійснення цього зобов'язання . трест негайно розпочинає капітальний ремонт і пристосування приміщень для зазначених установ і персоналу, а в тих радгоспах, де здатних для цього приміщень немає, а також у всіх нових радгоспах — приступає до будівництва належних приміщень за плянами, погодженими з відповідними місцевими органами охорони здоров'я.

б) Улаштувати всі загальні приміщення для зазначених установ і для житла медперсоналу твердим реманентом та забезпечувати їх біжучим ремонтом, опаленням, освітленням, водопостачанням та іншими комунальними послугами.

в) Забезпечити зазначені в арт. 1 цієї умови медустанови транспортом для службових роз'їздів медперсоналу та для відрядження хорих робітників радгоспів і членів їхніх родин до відповідних лікарень.

г) В малярійних районах придбати хінін для профілактичної хінізації робітників та проводити нафтування сумнівних водоймищ за вказівками сандогляду.

д) Виконувати санітарний мінімум для радгоспів та для підприємств громадського харчування по радгоспах, що їх було видано НКОЗ в розвиток постанови РНК УСРР з 10 січня 1931 р. „Про санітарний мінімум".

е) Забезпечити всіх робітників радгоспів гуртожитками, обладнаними твердим та м'яким реманентом.

ж) Забезпечити робітників радгоспів доброякісною водою.

з) Забезпечити систематичну очистку радгоспів від нечистот та покидьків через влаштування приймальників для нечистот та встановити їхню систематичну вивозку.

і) Забезпечити робітників радгоспів лазнево-пральнями стаціонарного типу залежно від кількости робітників постійних та сезонних та розташованости радгоспу, але не менш як одна лазня — пральня на радгосп.

к) Влаштувати незалежно від кількости робітників дезинсектори (вошебійки) не менш, як один в центральній садибі та в кожній ділянці.

л) У радгоспі з кількістю постійних робітників та учнів-радгоспучів не менш, як 200, або сезонних та постійних з учнями не менш, як 500 — придбати дезинфекційну камеру (стаціонарну або пересувну).

м) Мати в усіх радгоспах відповідний запас вапни та дезинфекційних речовин — за вказівками місцевого сандогляду.

н) Сприяти та забезпечити проведення по радгоспах запобіжних щеплень (силами медперсоналу).

о) Забезпечити ізоляцію підозрілих на інфекційні захорування (влаштування окремих приміщень, — ізоляторів з розрахунку 1 ліжко на 200 робітників).

п) Повідомляти НКОЗ своєчасно про відкриття нових радгоспів.

Арт. IX. На Наркомздоров'я покладається:

а) Забезпечити зазначені в арт. 1 цієї умови установи медперсоналом та утримувати його за відповідним бюджетом.

б) Постачати їм м'який реманент, інструментарій, ліки, перев'язний матеріял тощо.

в) Постачати всім радгоспам аптечки першої допомоги (див. арт. 1, літ. „д") та захисні окуляри — коштом адміністрації радгоспів.

г) Провадити запобіжні щеплення проти заразливих хороб.

Арт. X. На підставі цієї умови райздоровінспектури та адміністрація кожного радгоспу складають місцеві умови, в яких визначаються конкретні пляни обслуговування кожного окремого радгоспу.

Льокальні умови складаються за участю представників профспілки Медсантруд, робітників районів, а також страхкаси.

Увага 1. Умови ці повинні виконуватися, не порушуючи постанови ВУЦВК'у та РНК УСРР з 20 березня 1929 р. „Про матеріяльну участь промислових підприємств у боротьбі з пошестями в промрайонах, поширену окремою постановою ВУЦВК і на об'єднання радгоспів, а також і постанови ВУЦВК і РНК УСРР „Про заходи колективізації та оздоровлення дитячого побуту".

2. У всіх пактах слово „сезонний" треба розуміти поширено для всіх категорій тимчасових робітників.

3. Щодо придбання хініну з профілактичною метою (арт. VIII, літ. „г") коштом радгоспів — треба звертатися до міжрайонних філій ВАУ (Всеукр. Апт. Упр.):

За Народн. Комісара Охорони Здоров'я

Уповноважений Тресту

М. П.

УГОДА

На розвиток складеної числа міс. 1932 р. умови між НКОЗ та трестом на медобслуговування робітників радгоспів згаданого тресту та виходячи з лімітів на оздоровні заходи трест зобов'язується протягом 1932 р. провести в життя такі заходи:

№№ по черзі	Назва радгоспу	Назва адмрайону	Збудувати							Улаштувати дезинсектори	Придбати дезкамери	Придбати лазнево-пральні устави
			Амбул.	Лікарні		Медпунктів	Ясел	Ізопро-пунктів	Лазень-пралень			
				Кількість	Ліжок в них							

Наркомздоров'я УСРР бере на себе обов'язок забезпечити медкадрами, медикаментами, медмайном та інструментарієм медустанови, що їх буде розгорнуто по радгоспах . тресту за умовою 1932 р.

Уповноважений від тресту

М. П.

За Народнього Комісара Охорони Здоров'я УСРР.

„. 1932 р.

№

112. Про переведення складних і повторних судово-медичних експертиз

Згідно з арт. 190 Кримінально-Процесуального Кодексу УСРР для огляду й розтину трупів, для освідування пошкоджених або винувачених та за інших випадків, коли потрібна медична експертиза, слідчий запрошує, як експерта, судового медика свого району. Коли трудно його виклика́ти, запрошують найближчого лікаря.

Для складних та повторних судово-медичних експертиз НКОЗ і НКЮ встановлюють такий порядок:

1. Складні судово-медичні експертизи, що їх не може перевести районовий або міський судовий медик, а також і повторні судово-медичні експертизи за вимогою органів прокуратури та суду після першої, переведеної районовим або міським судовим медиком або іншим лікарем, — покладається на міжрайонового або міського судово-медичного інспектора, який має право для розв'язання питань, що виникають у таких випадках, організувати під своїм головуванням експертні комісії, запрошуючи фахівців.

2. Остаточне розв'язання питань медичної експертизи, що виникли в судових справах і що їх не розв'язали місцеві судово-медичні інспектори й судово-медичні експертні комісії — покладається на Обласні Бюра судово-медичної експертизи і на Центральне Бюро судово-медичної експертизи НКОЗ.

3. Обласні Бюра судово-медичної експертизи дають висновки:

а) На всі питання судово-медичної експертизи, яких остаточно не розв'язали місцеві судово-медичні інспектори та судово-медичні експертні комісії.

б) У тих випадках, коли судово-медичний інспектор або судово-медична експертна комісія подали висновки, що не задовольняють органи прокуратури та суду й вони вважають за потрібне висновки ці переглянути.

в) На питання в справах, що їх вносить до Обласного Бюра обласний судово-медичний інспектор.

За голову Обласного Бюра судово-медичної експертизи є обласний судово-медичний інспектор, а членами — фахівці в галузі судової медицини й суміжних з нею наук в кількості 2 — 4 осіб, призначуваних облздороввідділами за погодженням з НКОЗ і НКЮ.

Примітка: Обласний судово-медичний інспектор може з власної ініціативи чи за вказівками органів прокуратури та суду кооптувати до обласного бюра, для участи в окремій експертизі, лікарів-фахівців, що не є членами Обласного Бюра.

4. Центральне Бюро судово-медичної експертизи НКОЗ дає висновки:

а) На всі питання судово-медичної експертизи, яких остаточно не розв'язали обласні бюра судово-медичної експертизи.

б) У тих випадках, коли обласний судово-медичний інспектор або обласне бюро подали висновки, що не задовольнили органи прокуратури та суду й вони вважають за потрібне висновки ці переглянути.

в) На питання та в справах, що їх вносить до Центрального Бюра головний судово-медичний інспектор.

За голову Центрального Бюра судово-медичної експертизи є головний судово-медичний інспектор, а за членів — фахівці в галузі судової медицини та суміжних з нею наук за призначенням НКОЗ і за погодженням з НКЮ.

Примітка: Головний судово-медичний інспектор може з власної ініціятиви або за вказівок органів прокуратури та суду кооптувати до Центрального Бюра Судово-Медичної Експертизи, для участи в окремій експертизі фахівців, що не є членами Центрального Бюра.

5. Висновки Центрального Бюра судово-медичної експертизи можна оскаржити лише до Вченої Медичної Ради НКОЗ, що є вища науково-медична установа в республіці для розгляду і вирішення спірних питань медичної експертизи в судових справах.

Народній Комісар Охорони Здоров'я **Канторович**

Народній Комісар Юстиції **Поляков**

Головний Судово-Медичний Інспектор **Мейер**

(Об. розп. НКОЗ з 27 травня 1932 р.)

113. Про порядок сплати за медобслуговування кооперованих інвалідів членів інстрахкас

До всіх облздороввідділів, копія до всіх РЗІ та інстрахкас

За відомостями кас взаємного страхування кооперації інвалідів (інстрахкас) деякі райінспектури охорони здоров'я вимагають від них сплату за медобслуговування кооперованих інвалідів членів інстрахкас (Смілянська, Пирятинська, Ново-Архангельська РІЗ. Інші Райздоровінспектури відмовляються надавати згаданим особам ліки, а також спецлікування (рентген, водолікування, протезування та інш.), вимагаючи від інстрахкас, складання льокальних угод на ці види меддопомоги (Нікопільська, П'ятихатська та інш.).

Наркомздоров'я звертає увагу облздороввідділів та райздоровінспектур на незаконність таких вимог, бо за медобслуговування кооперованих інвалідів сплачується централізованим порядком, згідно з генеральною угодою, складеною між Наркомздоров'я та Всеукрінстрахкасою

За цією угодою інвалідів членів інстрахкас та членів їх родин належить задовольнити всіма без винятку видами медичної та медикаментозної допомоги, в тому числі спецлікуванням та протезуванням, нарівні з відповідними категоріями застрахованих та їхніх утриманців цеб-то: члени виробничих артілей інвалідів дорівнюються до робітників, члени торговельних артілей — до службовців, а утриманці — до відповідної категорії утриманців застрахованих.

Пропонується облздороввідділами вжити рішучих заходів до усунення надалі порушень генеральної угоди від Райінспектур охорони здоров'я та притягати винних в порушенні цього осіб до відповідальності.

Заст. Наркома Охорони Здоров'я **Кустеляи**

Медлікінспектор **Аронштам**

(Об. розп. НКОЗ № 20. 23. 4. 186 з 13-V 1932 р.)

БЮДЖЕТ

114. Про незалучення коштів фондів медичної допомоги застрахованим до місцевих бюджетів

о всіх облфінвідділів, облздороввідділів, рай- та міськфінвідділів, рай- та міськдоровінспектур районів та міст, безпосередньо підпорядкованих центрові. Копія до НКФ АМСР, НКОЗ АМСРР

Не зважаючи на те, що постановою ВУЦВК і РНК УСРР з 21 вересня 27 р. „про забезпечення страхованих і членів їх родин медичною допомогою“ (Зб. Уз. УСРР 1927 р. № 46, арт. 210), категорично заборонено залучати кошти фондів меддопомоги застрахованим до місцевих бюджетів, ще й тепер спостерігаються випадки порушення цієї постанови. Деякі райони залучають такі кошти до прибуткової частини місцевого бюджету, в низці районів райфінвідділи перелічили 1 січня 1932 р. на поточні рахунки місцевих бюджетів решти поточних рахунків вдоровінспектур, де зберігаються кошти фондів меддопомоги застрахованим.

Зазначаючи абсолютну неприпустимість таких явищ, Народній Комісаріят фінансів УСРР та народній Комісаріят охорони здоров'я УСРР категорично пропонують не порушувати вказаної вище постанови ВУЦВК'у і РНК УСРР у частині незалучення коштів фондів медичної допомоги застрахованим до місцевих бюджетів.

Заст. Наркомфіна УСРР **Рекіс**

Наркомздоров'я УСРР **Канторовіч**

(Об. розп. НКФ та НКОЗ УСРР № 2. 16. 31/52011 з 25 травня 1932 р.)

III. Із діяльности Наркомздоров'я та його секторів

1. Про стан медично-санітарного обслуговування робітників провідної промисловости

Постанова президії ЦКК КП(б)У та колегії НК РСІ — протокол № 56—75 з 3 квітня 1932 р.)

Заслухавши доповідь соцпобутової групи та співдоповідь НКОЗ про стан медсанобслуговування робітників провідної промисловости України, ЦКК НК РСІ констатує, що за останні два роки НКОЗ має низку досягнень, а саме: зросла сітка медсанустанов взагалі та зокрема на підприємствах провідної промисловости: по вуглеметалю та машинобудівництву на 1 січня 1929 р. було 75, на 1 грудня 1931 р.— 283 медпункти — безпосередньо у цехах і під землею. На 1 січня 1929 р. було 8, на 1 грудня 1931 р.— 90 медпунктів. Зростання диспансерів на Україні становить 23%, у Донбасі — 27,7%. Лікарів на 1 жовтня 1929 р. на Україні 11421, а на 1 січня 1932 р.— 14.941, що дає зростання на 30%; зростання кількости лікарів у Донбасі дорівнює 93% (на 1 жовтня 1929 р.— 1.355, на 1 січня 1932 р.— 2.511); значно зросла мережа дитячих ясел, що сприяло втягненню в підприємства жіночої роб. сили. На 1 жовтня 1930 р. було ясел 369, а на 1 жовтня 1931 р.— 1.120; ліжок ясельних було на 1 жовтня 1930 р. 17.143, а на 1 жовтня 1931 р.— 52.719.

З ініціятиви Народнього комісаріяту охорони здоров'я по численних промислових підприємствах організовано медично-санітарні цехи, що щільно наближають медично-санітарну допомогу до робітників й виробництва. На цілім ряді підприємств уже утворено сиґнально-оперативний облік, що дає можливість попереджувати прогули станків, в зв'язку з хворістю робітників.

Збільшився робітничий актив охорони здоров'я (санітарні комісії в гуртожитках та їдальнях, мережа єдиного товариства оздоровлення праці та побуту і т. інш.). Зросла політична свідомість медробітників та їхня участь у роботі за поліпшення медично-санітарного і культурного обслуговування робітничих мас (добровільні прикріплення медробітників до гуртожитків, їдален, клюбів для реалізації санмінімуму, значно зросло соцзмагання та вдарництво 30.000 медробітників беруть участь у соцзмаганні та вдарництві).

Все це характеризує повернення органів охорони здоров'я лицем до підприємства, до провідної промисловости.

Але поруч досягнень темпи роботи НКОЗ та його органів, темпи зростання охорони здоров'я відстають від темпів усього соціялістичного будівництва та від росту робітничої кляси та його потреб.

Органи охорони здоров'я ще замало включилися в роботу підприємства, не спромоглися стати дійсним цехом підприємства, що сприяв би виконанню промфінпляну, закріпленню труддисципліни, зростанню соціялістичних форм праці тощо; недостатньо ведуть боротьбу за зниження захоруваности та травматизму.

Не зважаючи на те, що лінією санітарно-побутового обслуговування і поширення санітарно-освітніх знань серед робітництва провідних промислових районів НКОЗ перевів значну роботу (надіслав понад 100 побутових бриґад, пересунув понад 200 лазнево-пральних устав, організував масові робітничі університети, заочні курси тощо (загальний санітарний стан робітничих селищ, гуртожитків, їдален, тощо — залишається незадовільний, що значною мірою залежить від низького рівня доброустрою й комунального господарства промислових районів (по селищах вугільної промисловости є лише 12 лазень, по металюрґії — 8, машинобудівельної — 4). Бруд, сміття і т. інш., особливо в

Донбасі вивозяться лише розміром 16% від їхньої загальної кількости, територія підприємств завалена виробничими покидьками і сміттям.

Боротьба з паразитами (воші, блощиці, мухи тощо) незадовільна: у Донбасі є лише 30 ізопунктів, та й ті навантажено неповністю й не використовуються для повторної санітарної обробки робітників; незадовільний санітарний стан їдалень; кволо ведуть боротьбу за ліквідацію причин, що викликають вибухи пошесних захворувань і т. ін.

На найбільших підприємствах у Донбасі меддопомога недосить кваліфікована. Не доведено до кінця справи диференційованого обслуговування провідної промисловости (металюргія, машинобудівництво). Лише у великих промислових центрах почали переходити до системи єдиного диспансеру. В Донбасі є лише два такі диспансери. Кволо йде поліпшення якости та раціоналізація медсандопомоги. Ще й досі робітники витрачають багато часу на черги до амбуляторії або поліклініки.

Зовсім незадовільно виконано будівельну програму 1930 року та 1931 р. (програм 1930 р. виконано на 32,8% і 1931 р.— на 65%).

Недостатня ліжкова мережа: в Донбасі на 1.000 застрахованих припадає 3,29 ліжок, що приводить до великого перевантаження лікарень (фактична кількість хворих у лікарнях перевищує на 60 — 70% штатну кількість ліжок).

Основні причини відсталости роботи та будівництва в галузі охорони здоров'я такі:

1) У роботі низки медично-санітарних установ ще мало звернуто уваги на переведення в життя шести вказівок т. Сталіна. А саме:

а) в організації праці медсанробітників ще не цілком ліквідовано знеосібку в частині медсанобслуговування хворих та в частині відповідальности за майно і реманент медустанов;

б) в зарплаті робітників ще не цілком зліквідовано зрівнялівку. Лише в окремих місцях пророблюються перші кроки переводу окремих частин лікустанов на госпрозрахунок;

в) партійні, комсомольські й профспілкові організації медсанпраці на місцях ще не перебудували своєї роботи лицем до виробництва та ударника.

2) У роботі органів охорони здоров'я не забезпечено потрібної пляновости, і в більшості медсанустанов нема оперативно-виробничих плянів, а там, де вони є, не забезпечено належної контролі за їх виконанням.

3) І районні, і міські партійні, радянські та профспілкові організації в своїй повсякденній роботі дуже мало звертають уваги на боротьбу за поліпшення культурно-санітарних умов праці й побуту робітничих мас, не ведуть боротьби за авторитет та зміцнення санітарної організації та медсанмережі.

4) Керівники промпідприємств ще й досі не беруть активної участи в боротьбі за здійснення санмінімуму й кволо допомагають розвиткові санмережі на підприємствах.

5) Ще й досі квола робітнича контроля над роботою медсанітарних установ.

6) Постачання лікустанов, медсанбудівництва та медробітників незадовільне так з боку централізованого постачання, як і з боку використання місцевих ресурсів (організація молочарень, свинарень, городів тощо, місцеві заготівлі харчів, використання місцевих будматеріялів і інш.).

Щоб надалі уникнути визначених хиб, щоб поліпшити й поглибити роботу в галузі медично-санітарного обслуговування робітників (зокрема провідної промисловости в умовах будівництва соціялізму президія й колегія ЦКК НК РСІ пропонує:

1) Наркомздоров'я та іншим організаціям, яких це стосується, головну увагу в своїй дальшій роботі зосередити на таких питаннях:

а) Переводячи медсанмережу на єдиний диспансер, насамперед подбати про забезпечення єдиними диспансерами районів провідної промисловости.

б) Взяти до відому те, що НКОЗ пляном 1932 р. передбачив організувати 60 нових єдиних диспансерів (з них 21 у Донбасі), 25 нових медсанце-

хів (з них 13 у Донбасі), а також розгорнути організацію збільшення наявної мережі медичних установ на підприємствах провідної промисловости, а саме:

на підприємствах вугільної промисловости не менш, як на 123 медпункти з них 30 підземних; на металюрґійних підприємствах на 18 пунктів, на машинобудівельних — на 33 пункти, на хемічних — на 8 пунктів, на підприємствах рудної промисловости — на 24 (з них 2 підземних), на новобудовах — на 2 пункти.

в) Виконуючи свій плян, НКОЗ звернути увагу на збільшення кількости медичних пунктів насамперед по цехах.

НКОЗ та проморганам забезпечити зміцнення наявної мережі медсанцехів, разом з цим категорично запропонувати госпорганам забезпечити розгортання наведеної мережі медсанцехів та медпунктів, надаючи їм потрібні приміщення, кватири для медробітників, пересувні засоби тощо.

Поглибити роботу в справі переважного обслуговування робітників провідних галузей промисловости та ударників, надаючи їм першочергову стаціонарну та лікарську меддопомогу, поліпшуючи постачання медикаментів та запроваджуючи спеціяльний облік діяльности медустанов щодо обслуговування зазначених робітників.

г) НКОЗ разом з ВУК'ом Медсантруд забезпечити протягом 1932 р. перевід всієї медсанмережі на систему оперативно-виробничих плянів, з організацією відповідного контролю та обліку виконання із втіленням до повсякденної роботи установ сиґнально-оперативного обліку.

д) НКОЗ та ВУК Медсанпраці посилити перевід на госпрозрахунок мережі медсанустанов та протягом біжучого року максимально розширити мережу власних допоміжних господарств по медсанзакладах, використовуючи продукцію господарств на поліпшення анзакладах харчування та на потреби медсансправ.

е) НКОЗ протягом 1932 р. охопити суцільним віспощепленням всю людність УСРР та розгорнути плянову боротьбу за ліквідацію висипного тифу.

ж) Суворо запроваджувати санітарний мінімум і по залюднених пунктах, як і на виробництві, надаючи цій роботі систематичний пляновий характер, домагаючись закріпити досягнення й наслідки, втягуючи до цієї роботи робітничий актив, організацію ЛКСМ, особливо жінок робітників по залюднених місцях, та широкі кола медперсоналу.

Спрямувати увагу на організаційне зміцнення та розвиток діяльности єдиного товариства оздоровлення праці й побуту. Місцеві партійні, професійні та комсомольські організації обов'язані подавати широку допомогу розвиткові згаданого товариства.

2. В справі медсанбудівництва.

а) НКОЗ, домагаючись цілковитої реалізації затвердженого від РНК будівельного пляну на 1932 р., забезпечити насамперед закінчення об'єктів, що їх почали будувати 1930 р. та 1931 р., а також ударного будівництва в Донбасі і в інших промрайонах та на нових будівництвах.

б) Щоб посилити увагу до справи проєктування медсанзакладів та забезпечити вчасне проведення проєктних робіт і якість проєктування, пропонувати НККГ виділити в складі Дніпроміста окреме бюро проєктування культсоцбудівництва, а НКП забезпечити це бюро належним штатом кваліфікованих проєктовників.

в) т. т. Канторовічу (НКОЗ), Кузьменко (НККГ) в дводекадний термін розподілити об'єкти медично-санітарного будівництва по окремих будівельних організаціях і будівельних конторах НККГ.

4) НКпостачання забезпечити повністю здійснення норм постачання медсанмережі продуктів харчування, мила й фуражу та організувати своєю лінією належний контроль щодо реалізації на місцях нарядів на постачання медсанустановам.

5. Доручити Уп. НКВажкої та НКЛегкої промисловости забезпечити постачання медустановам палива та своєчасне відвантаження такого, здійснюючи постійний контроль виконання цієї постанови.

6. Запропонувати НКФінансів та НКП УСРР цілком забезпечити виконання затверджених кошторисів охорони здоров'я з державного та місцевих бюджетів, а також з республіканського та місцевих фондів меддопомоги застрахованим, не припускаючи зменшення призначуваних асигнувань.

Постанову висвітлити в пресі.

2. Задовільна робота Васильківської (Дніпропетр.) райздоровінспектури

Доповідь Васильківського РЗІ тов. Єрмакова, яку вислухав нещодавно НКОЗ, подає ряд задовільних показників щодо стану охорони здоров'я в районі.

1) Порівняльно до минулого року, кількість ліжок збільшилася на 10, відкрито 1 сільську амбуляторію, 2 медпункти, відкрито нові ясла на 40 дітей,— розгорнуто 4 сезонні пункти першої допомоги і 64 сезонні ясла (1930 року було 26). Санітарну організацію об'єднано в районову санітарну станцію.

2) Є загальне зниження інфекційних захорувань (шкарлятина, наприклад, зменшилася в 8 разів).

3) Органи охорони здоров'я Васильківщини широко притягують робітничі й колгоспні маси до справи здоровоохорони, використовують пресу для популяризації широких оздоровних заходів, боротьби з пошесними захоруваннями, тощо.

4. Організовано в районі товариство оздоровлення праці й побуту, що має в своєму складі вже понад 3000 чол. робітничо-колгоспного активу.

5. Інспектура охорони здоров'я віддала багато уваги питанню організації й розвитку лазневої справи в районі; з ініціятиви інспектури та допомоги від місцевих органів влади й колгоспів у районі протягом короткого часу пристосували приміщення для 28 сільських лазень (вони вже існують), 21 лазня починає функціонувати незабаром. За цього широко використовували місцеві ресурси будівельних матеріялів.

Поряд цього, НКОЗ визначив також окремі недоліки, як зменшення кількости профілактичних щеплень, недостатність медкадрів у районі (із 5 сільських амбуляторій — лише одна має лікаря, бракує лікарів в 1 радгоспі, на МТС й подекуди по заводах).

Відзначивши загалом задовільну роботу РЗІ, Наркомздоров'я визнав за потрібне, щоб удалий досвід Васильківки в справі розгортання лазневих устав на селі було популяризовано та прищеплено в інших районах. Для цього РЗІ має подати опис типу розгорнених лазень, відомості про потрібну кількість будівних матеріялів.

Сектор кадрів НКОЗ дістав розпорядження від наркома охорони здоров'я відрядити для роботи в районі (на заміщення вільних посад) ряд робітників.

Райздоровінспектору тов. Єрмакову та дільничному лікареві тов. Борухіну Наркомздоров'я висловив подяку за переведену корисну енергійну роботу.

Тов. Єрмакова Наркомздоров'я преміював науковим відрядженням в межах СРСР, а тов. Борухіну надано відрядження до інституту вдосконалення лікарів

3. Гарна робота харківських студентів-медиків

Студенти Харківського медінституту ім. М. О. Скрипника провели дуже велику віспощепну роботу. Ці товариші провадили роботу не тільки лінією віспощеплення, але також перемкнулися на допомогу місцевим організаціям в запровадженні 3-ої більшовицької сівби, організували в багатьох районах курси підготови ясельних робітників, провадили значну саносвітроботу. Багато ра-

йонів подали відомості про самовіддану роботу студентів ХМІ, які далеко перевищили завдання і норми, що дав НКОЗ.

Тов. Канторовіч відзначив ще в своєму розпорядженні політичну свідомість студентів, яка є запорукою, що майбутні лікарі будуть робітниками, що гідні нашої величезної доби.

За добре організовану роботу по відрядженню студентів на прищепну роботу, за допомогу усунути недоліки, що були на першому етапі роботи, Нарком висловив подяку директорові інституту т. Ловлі Д. С., всьому директорату і всім студорганізаціям.

Для преміювання кращих ударників студентів, що показали найліпші зразки на протиепідемічній роботі, НКОЗ переказав мединститутові ім. М. О. Скрипника 3000 карб. (із розпорядження НКОЗ з 10 травня 1932 р.).

4. Нагорода робітникам Дніпропетровської промсанстанції

(Із розпорядження т. Канторовіча з 15 травня 1932 р).

Відмічаю енергійну роботу Дніпропетровської промсанстанції, що визначалося:

1. Організацією та розгорненням промсанстанції, роботу якої треба вважати за зразкову;

2. Запровадженням сигнально-оперативного обліку захорувань одним з перших на Україні;

3. Опрацюванням питання про питний режим на гарячих роботах — втілення в життя постачання робітникам газованої-підсоленої води;

4. Ініціятивою по переводу медсанобслуговування робітників по цехах на 4 бригадний графік роботи цехових медсанпунктів;

5. Переведення в життя ряда заходів, що сприяли зниженню захорувaности і травматизму серед робітників Дніпропетровського.

Виходячи з цього, оголошую подяку колективові промсанстанції.

Завідателя промсанстанції тов. Чехлатого за ініціятиву й енергійне керівництво промсанстанцією преміювати сплатою місячного оклада та надати безплатне місце на курорт.

Заст. завідателя промсанстанції т. Мезенцева І. А. і промсанлікаря т. Когана Х. М. преміювати сумою місячного склада зарплати (кожного).

9. Премійовано гарного робітника

(Розпорядж. НКОЗ з 16 квітня 1932 р.)

Підчас обслідування стану охорони здоров'я в с. Горностайполі Чорнобильського району виявлено гарну сумлінну роботу дільничної акушерки т. Муравської Пелагії Васильовни, що перебуває на своєму посту понад 25 років, надаючи некорисливу кваліфіковану меддопомогу трудящому населенню, зокрема колгоспному селянству.

Робота ця значно сприяла піднесенню авторитета організованої пологодопомоги серед населення.

Відзначаючи таку віддану роботу т. Муравської П. В., висловлюю їй подяку та наказую преміювати сумою 100 карб.

Нарком охорони здоров'я Кантаровіч

IV. Об'яви та повідомлення

ПРО РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ВИРОБ ФАБРИКИ НАОЧНИХ ПРИЛАДЬ ІНСТИТУТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

За завданням Наркомздоров'я УСРР Український Державний інститут охорони здоров'я розгорнув на своїх фабриках (Харків, Київ) масовий випуск наочного приладдя в галузі санкультури й саносвіти.

Випуск наочних приладь, що їх виготовлюють фабрики, мав за мету сприяти поширенню й популяризації знань з питань охорони здоров'я, санітарії та гігієни, сполучаючи всі ці питання із завданнями розвитку промислового, сільсько-господарського виробництва й загального виконання промфінпляну.

Зрозуміле, популярне, науково-обґрунтоване, ідеологічно-витримане й добре оформлене наочне приладдя править за один з могутніх чинників оздоровлення праці й побуту та ліквідації санітарної неписьменности.

Отже, відділ наочного приладдя Всеукраїнського Державного інституту охорони здоров'я, вважаючи за потрібне забезпечити периферію наочним приладдям, звертається до всіх медсанустанов, будинків санкультури, цехів, клюбів із пропозицією подавати свої замовлення згідно з каталогом, що тут саме друкується, на адресу: **Харків, вул. Тринклера, 6, відділ наочного приладдя інституту охорони здоров'я.** Вартість замовлених виробів сплачується в адресу Міського аґентства Держбанку, поточний рахунок № 183905.

Директор інституту охорони здоров'я **І. Л. Злотнік**
Зав. відділу наочного приладдя УДІОЗ **А. К. Фельдман**

Каталог і цінник виробів фабрики наочного приладдя Укр. Держ. ін-ту Охорони Здоров'я „Вінапр" 1932 року

Назва наочного приладдя	Кількість складових частин	Ціна комплету (крб.)
I. — Монтажі — виставки		
1. Охорона здоров'я на службу промфінпл.	5	280
2. Санмінімум у колгоспі й радгоспі	5	230
3. Санмінімум у школі	5	230
4. Служба здоров'я Червоної армії	13	600
5. Гігієна та організація виробничої праці школярів в політехнізованій школі	10	400
6. Сільгосппраця дітей підлітків	4	200
7. Перша допомога в степу	5	250
8. Перша допомога в цеху	5	250
9. Перша допомога в Червоній армії	18	950
10. Гігієна жіночої праці на селі	4	200
11. Бережі зуби (для дорослих)	2	100
12. Бережі зуби (для дітей)	2	80
13. Гігієна праці в соцсекторі села	10	400
14. Трахома є соціяльне лихо	2	100
15. Малярія	2	150
16. Чому не можна	1	40
17. Як передається туберкульоза	1	40
18. Як передається пранці (сифіліс)	1	40
19. Як передається трипер	1	40
II. — Трел'яжі		
20. На штурм за чистоту	2	280
21. Санмінімум в гуртожитку	1	150
22. Особиста гігієна	2	250
23. Громадське харчування (в соцсект. села)	2	250
24. Санмінімум в їдальні	1	150
25. Як оздоровити працю транспортника	2	280
26. Алкоголізм	2	250
27. Хатні паразити	1	130
28. Глистюки	1	150
29. Щеплення	1	150
30. Віспа	1	150
III. Комбіновані		
31. Громадське харчування в місті	4 макети, 3 трельяжі, 1 монтаж	600

Назва наочного приладдя	Кількість складових частин	Ціна комплекту (крб.)
32. Санмінімум в копальні	1 макет, 4 монтажі	300
33. 15-річчя радянськ. охорони здор. (для міста)	5 щитів, 5 макетів, 5 півмакетів	300
34. 15-річчя радянськ. охорони здор. (для села)	3 тріл'яжі, 2 макети	600
35. 15-річчя Жовтневої Революції	10 щитів, 10 макетів, 5 півмакетів	600
36. Хемоборона	2 комб.щити	300
37. Режим ударника	5 монтаж, 1 констр.	350
38. Теж без конструкції	5 монтаж.	280
39. Колективний відпочинок	3 монтажі, 1 макет 1 скульпт.	400
40. Механізація сільсько-господарської праці є чинник оздоровлення людности	1 макет динамічн. 6 монтажів,	375 460
41. Гігієна жіночої праці в місті	2 півмакет. 5 монтажів,	300
42. Як збудовано та працює тіло людини	1 рельєф	450
43. Зразкова школа ФЗУ	1макет 8 півмакет.	1970
44. Харчування школяра й дошкільника	25 монтаж. 1 макет	450
45. Радянський туризм—чинник оздоровлення людности	5 монтаж., 1 скульпт., 1 конструкц.	
46. Те ж без конструкції	—	350
47. Як припинити кровотечу	1 транспар., 1 одіяпозит. (електрофік.)	200
48. Як оздоровити працю водника	5 монтажів	250
49. Єдиний диспансер	6 щитів	750
50. Як передається зараза	1 електрофік. дошка	40
51. Перша допомога	8 щитів	400
IV. Макети та півмакети		
52. Культурна чайня	1 динамічн. макет.	350
53. Охматдит та гігієна жінки	10 півмакетів	400
54. Дитячі заразливі хороби	5 півмакетів	280
55. Фізкультура	10 „	400
56. Тифи	7 „	300
57. Заразливі хороби	5 „	280
58. За промфінплян і за здорову працю вугільника	5 „	300
59. За промфінплян і за здорову працю металюрга	5 півмакетів	300
60. За промфінплян і за здорову працю хеміка	5 „	300
61. Сільська лазня	1 макетована модель	150
62. Міська лазня	„	150
63. Пральня	„	150
64. Душ заводський	„	150
65. Відхідник	„	150
66. Артезіянська криниця	„	150
67. Дезинсектор	„	150
68. За здорові умови праці на виробництві	1 динамічн. макет	350
V. Моделі анатомічні		
69. Мозок у черепі	1 розбірна модель	80
70. Вухо	„	80
71. Око	„	60
72. Серце	„	36
73. Легені та горлянка	„	60
74. Система нирок із сосудами	1 розбірна модель	60
75. Мікроскопічна побудова нирки	„	20
76. Печінка	„	20
77. Шлунок	„	25
78. Шкіра	„	40
VI. Діяпозитиви		
79. Санмінімум в школі	30 штук	24
80. Санмінімум у цеху	26 „	21
81. Санмінімум у їдальні	26 „	21
82. Санмінімум у радгоспі	30 „	24
83. Санмінімум у колгоспі	30 „	24
84. Санмінімум колгоспника і радгоспника	28 „	23
85. Санмінімум робітника	26 „	21
86. Охорона здоров'я на службу промфінпляну	30 „	24
87. Радянський туризм	30 „	24
88. 15 років Радянськ. охорони здоров'я	30 „	24
89. Що таке єдиний диспансер	30 „	24
90. Психотехніка (гіг. та орган. розум. праці)	30 „	24
VII. Муляжі		
91. Муляжі різних назов.	1 штука	25

Директор Укр. Держ. ін-ту охорони здоров'я **І. Л. Злотнік.**

Зав. відділу наочного приладдя „ВІНАПР" **А. К. Фельдман**

Редколегія: **Канторович С. І.** (Відповід. редактор), **Єфімов О. О.** (заступник редактора), **Залкінд А. Л.** (відповід. секретар).

ДВОУ УПП. 7 друк. ім. Фрунзе. Харків, Дон.-Захарж., 6. Укрголовліт 2678. Зам. 919. Прим. 6.500.

К.П.У.

ПРОЛЕТАРІ ВСІХ КРАЇН, ЄДНАЙТЕСЯ

БЮЛЕТЕНЬ

НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

РІК ВИДАННЯ 8-й

Редакція: Наркомздоров'я УСРР, Харків, Буд. Держпромисловости 6-й під'їзд, 4 поверх

№ 11-12	ЧЕРВЕНЬ 1932 року	№ 11-12

На першій сторінці бюлетеня № 9-10 помилково надруковано **квітень 1932 р.** Повинно бути **травень 1932 р.**

ХАРКІВСЬКА ДЕРЖ. БІБЛІОТЕКА ІМ. В. Г. Короленка

ОГЛАВ

І. Лист Наркомздоров'я до медробітників УСРР.

Новий порядок планування оздоровних заходів і контролі їх запровадження.

Як реалізують настановлення т. Сталіна в 2-й роб. лікарні м. Дніпропетровського.

II. Офіційна частина.

115. Про планування оздоровних заходів і нагляд за здійсненням їх (постанова РНК УСРР). Ф і н а н с и. 116. Про мобілізацію коштів і реалізацію єдиного фінплану охор. здоров'я на 1932 р. (додано форму звітної відомости). О х м а т д и т. 117. Про поліпшення стану пологодопоміжних установ. 118. Про розширення пологодопоміжних установ.

119. Про запобіжні щеплення серед призовників чергового призову.

III. Із діяльности Наркомздоров'я, його управлінь і секторів.

Про медсанобслуговування новобудів (резолюція наради в 16—17 травня 1932 р.

О б' я в и.

УВАГА!

До відома всіх передплатників бюлетеня Наркомздоров'я УСРР.

Редакція бюлетеня НКОЗ, утворивши цього року власну експедицію, прагне якнайліпше налагодити розсилання й приставку бюлетеня медсанустановам України.

Проте, доводиться слухати незадоволення з приводу того, що бракує того або того нумера бюлетеня.

Через те, що в розпорядженні редакції є деяка кількість бюлетенів кінця минулого й початку поточного року, просимо заяви про брак окремих нумерів подавати на адресу НКЗдоров'я (Харків, Держпром VI під'їзд, IV поверх, редакція бюлетеня).

До заяви додавати поштові марки — на 15 коп. за кожний бажаний нумер.

Маємо тепер: №№ 18-21, 22-23, 24-25, 26-30, 31-33, 34-36 за 1931 р. (дуже обмежену кількість), і всі нумер, що вийшли цього року.

Редакція.

I. Лист Наркомздоров'я до медробітників України.

Новий порядок плянування оздоровних заходів і контролі їх запровадження.*)

2 червня ц. р. Рада Народніх Комісарів УСРР затвердила опрацьований від НКРСІ та НКОЗ законопроект «про плянування оздоровних заходів і нагляд за їх здійсненням». Цей закон являє собою величезний крок уперед в справі розвитку санітарного законодавства та організованого переведення всієї оздоровної роботи в УСРР.

Новий закон побудовано ось на яких підвалинах: відтепер на органи охорони здоров'я покладається не лише вимагати від промислових, господарчих, комунальних, кооперативних та інших організацій переведення певних оздоровних заходів, але й брати активну участь у самому проектуванні таких заходів, попередньо розглядати пляни оздоровної роботи окремих урядництв та організацій і давати на них висновки відповідним плянуючим органам, далі — синтезувати всі такі пляни і опрацьовувати на їхній основі єдиний плян оздоровних заходів по відповідному району, місту, області і по УСРР в цілому, подаючи цей плян на затвердження відповідного виконкому, міськради або Раднаркому УСРР за належністю. Нарешті, коли плян вже затверджено,—органи охорони здоров'я згідно з новим законом повинні взяти на себе систематичний і повсякденний нагляд за здійсненням цього пляну від окремих зацікавлених урядництв і організацій, що їхню певну участь в оздоровних заходах передбачено за єдиним пляном. Здійснювати такий нагляд органи охорони здоров'я повинні, притягаючи до цієї справи широкі кола робіт-

*) Постанову РНК УСРР з 2-VI ц. р. див. у цьому таки числі бюлетеня—Ред.

ників та колгоспників і періодично доповідаючи про перебіг виконання пляну відповідним органам влади.

На господарчі й інші організації, що за чинним законодавством повинні брати участь в оздоровній роботі (включаючи сюди не лише вузько-оздоровні завдання, але й розвиток комунального господарства, житлову справу, водопостачання, каналізаційні роботи, зелені насадження, меліорацію тощо) — новий закон покладає обов'язок погоджувати з органами охорони здоров'я характер та обсяг усіх таких заходів, а також розмір асигнувань, що їх вони потрібують та яких щороку вноситься до промфінплянів і кошторисів даної організації чи то урядництва. Увесь промфінплян або кошторис в цілому така організація може подати на розгляд і затвердження плянуючим органам лише після того, як відповідний орган охорони здоров'я дасть свій висновок на всі оздоровні заходи, запроектовані за цим промфінпляном або кошторисом. Щоб не розпорошувати проектовані оздоровні заходи по окремих частинах промфінпляну або ж кошторису фабрики, заводу, радгоспу, тресту або іншої установи, і щоб полегшити дальшу контролю за реалізацією так усіх асигнувань, призначених на оздоровну справу, як і за реалізацією самих оздоровних заходів, — закон про плянування оздоровних заходів зобов'язує всі організації, що беруть участь у переведенні таких заходів, відокремлювати їх у самостійний додатковий розділ їхнього пляну або кошторису, давши назву «заходи охорони здоров'я».

Далі — знову виданий закон вимагає від усіх підприємств, установ та організацій виділити з їхнього керівного складу конкретних осіб і на них персонально покласти відповідальність за реалізацію пляна оздоровних заходів. Одночасно закон посилює відповідальність цих організацій і виділюваних від них осіб за переведення потрібної оздоровної роботи, за використання призначуваних на цю роботу кошторисних асигнувань або за використання їх не за безпосереднім призначенням. За злісний свідомий зрив оздоровних заходів та плянів постанова РНК з 2-VI замість звичайних адміністраційних стягнень (штрафування винних) — застосовує ст. ст. 99 та 100 Карного Кодекса.

Нарешті, новий закон передбачає встановити єдиність плянування не лише практичних оздоровних заходів, а й всієї науково-дослідчої та учбової роботи в галузі оздоровлення та широкої профілактики і дає завдання Держпляну УСРР спільно з Наркомздоров'ям опрацювати питання в цій частині, притягнувши до опрацювання зацікавлені урядництва та широкі маси працюючих.

Які саме практичні наслідки в справі організації плянових оздоровних заходів виходять із цієї постанові РНК?—Накреслити головніші з цих наслідків можна вже тепер:

1) Новий закон конкретизує вимоги раніш виданих урядових постанов щодо участи промислових, господарчих та інших організацій у проведенні оздоровної та профілактичної роботи: так, постанова ВУЦВК та РНК УСРР з 20 березня 1929 р. «про матеріяльну участь промислових підприємств у боротьбі з епідеміями в промислових районах» — покладає на промислові органи обов'язок організовувати на їхніх підприємствах санітарно-ізоляційні пункти, надавати та обладновувати приміщення для шпиталізації пошесних хорих, постачати органам охорони здоров'я транспортові засоби для перевозки пошесних хворих, улаштовувати лазнево-пральневі устави, устатковувати споруди для очищення та знезаражування питної води тощо. Проте, — ця постанова, накреслюючи докладно **зміст** обов'язкових санітарно-профілактичних заходів, зовсім не визначає потрібного **обсягу** усіх таких заходів. Нова постанова РНК, зобов'язуючи промислові органи погоджувати з органами охорони здоров'я характер та обсяг оздоровних заходів, — тим самим конкретизує вимоги і постанови з 20 березня 1929 р., і багато слешних інших постанов.

2) Постанова РНК з 2 червня повнотою ліквідує знеосібку в справі визначення розміру асигнувань на оздоровну роботу: в той час, як до видання цієї постанови кожне підприємство, кожний трест, вносячи до своїх промфінплянів певні оздоровні заходи за розділом «охорона праці й техніка безпеки», або ж у розділі «культурно-побутова робота», або в розділі «житлово-комунальні заходи»,—після видання згаданої постанови кожна виробнича одиниця, кожна установа, що бере участь о оздоровній роботі повинна утворити окремий розділ «заходи по охороні здоров'я» і в такий спосіб забезпечити цілком виразну відповідь на такі запитання: а) чи бере дана установа або підприємство участь в оздоровних заходах і в якому саме розмірі, б) чи використовується асигнування на оздоровну роботу за безпосереднім призначенням.

3) Постанова з 2 червня усуває паралелізм у витрачанні коштів підприємств на оздоровні потреби: у провідних промислових районах (Сталіно, Ворошилівське, Костянтинівка та

інш.) до видання нового закону органи охорони здоров'я змушені були обумовлювати переведення тих або тих профілактичних заходів з кожним підприємством (фабрикою, заводом, рудоуправою) окремо; ставалося так, що по численних промислових селищах утворювалися часто-густо рівнобіжні санітарно-ізоляційні пункти, перепускники, ізолятори, дезінфекційні пункти тощо—окремо по підприємствах Сталі, окремо по підпрємствах Вугілля, окремо на силікатних та хемічних підприємствах. Обов'язок органів охорони здоров'я складати єдині оздоровні пляни по кожному промисловому району, по кожному місту й робітничому селищу окремо, що випливає з нового закону,—покладає край неорганізованим вчинкам в галузі оздоровної роботи і дає змогу замість непов'язаних між собою, дрібних і розпорошених санітарно-профілактичних закладів утворювати коштом промисловости міцні обєднані установи, які обслуговуватимуть потреби різних промислових об'єднань, що їх мідприємства розташовані в даному місті або селищі.

4) Новий закон значною мірою усуває недоговореність і паралелізм у роботі органів охорони здоров'я і охорони праці: примітка до п. 2 постанови РНК цілком виразно визначає, що плянування заходів промсанітарії підпадає чинності цієї постанови, та що органи санітарної інспекції повинні подавати Народньому Комісаріяту охорони здоров'я їхні пляни оздоровних заходів. Отже — такі випадки, коли на тому самому заводі утворюються рівнобіжні фізіолого-гігієнічні лябораторії НКОЗ та НКПраці, або коли промсанлікар складає один плян оздоровних заходів на підприємстві, а санітарний інспектор праці дає цілком інший плян,—далі не спостерігатимуться, якщо ми зуміємо планово й послідовно запровести до життя новий закон.

5) Цей закон забезпечує також єдиність плянування й контролі всіх оздоровних заходів у республіці і дає змогу здійснити цю єдиність на таких засадах: всі урядництва та промислові об'єднання (НККомгосп, НКПостач, УпНКТяжпром, НКЛегпром, НКПраці, НКЗем, Сталь, вугільні трести, Хемоб'єднання, Укрколгоспцентр тощо) складаючи свої контрольні числа, погоджують з НКЗдоров'я характер та обсяг тої оздоровної роботи, яку вони повинні здійснити протягом наступного року; після затвердження контрольних чисел промфінпляни урядництв та промоб'єднань надсилається підпорядкованим їм місцевим органам і підприємствам; останні за безпосередньою участю та під наглядом відповідних органів охорони здоров'я опрацьовують конкретні пляни своїх оздоровних заходів. Виходячи з цих плянів, органи охорони здоров'я складають єдині оздоровні пляни по відповідних містах, районах та областях, а далі НКЗдоров'я на ґрунті єдиних місцевих плянів, а також відомчих плянів окремих урядництв та об'єднань повинен скласти єдиний оздоровний плян УСРР. Нарешті, після затвердження від плянових органів місцевих та республіканського плянів настає доба систематичного нагляду від органів охорони здоров'я за практичною реалізацією цих плянів, періодичного подання підсумків виконання плянів органам влади та сиґналізування останнім про окремі найважливіші прориви у здійсненні плянів.

6) Новий закон надає органам охорони здоров'я дуже відповідальну провідну ролю в справі плянування й здійснення всіх оздоровних заходів не лише вузько-відомчого значення (боротьба з епідеміями, охорона води, ґрунту й повітря від забруднень, запровадження санмінімумів тощо), але й тих заходів, що являють собою цілі ділянки інших галузей народнього господарства (житлово-комунальна справа, громадське харчування, меліорація, зелені насадження тощо).

7) Новий закон передбачає певну і досить сувору відповідальність урядництв, об'єднань і підприємств за невиконання не лише окремих оздоровних заходів, але також їхніх оздоровних плянів у цілому, і доручає органам юстиції та р.-с. інспекції застосовувати до винних відповідні артикули Карного Кодекса.

Тепер, коли ми досить докладно з'ясували зміст і вагу нового закону, — подивімось, в який саме спосіб повинні органи охорони здоров'я розпочати його практично запроваджувати.

Оскільки всі оздоровні пляни й кошториси поточного року були складені й затверджені раніш, ніж видано було новий закон, — обов'язки органів охорони здоров'я щодо міжвідомчого плянування санітарно-профілактичної роботи на 1932 рік обмежуються такими основними завданнями:

1) Переглянути й вточнити оздоровні міроприємства окремих підприємств і об'єднань, що запроєктовані на поточний рік, і пов'язати між собою ідентичні оздоровні накреслення окремих урядництв, що їхні заклади розташовані по тих самих залюднених пунктах.

2) Примусити промислові, господарчі, кооперативні, колгоспні та інші організації за їхніми плянами III та IV кварталів виділити всі заходи оздоровного значення в самостій-

ні розділи оперативних і фінансових плянів і розподілити за цими квартальними плянами всю санітарно-профілактичну роботу, передбачувану пляном 1932 року і досі не здійснювану.

3) Встановити потрібний зв'язок з органами слідства, прокурорського нагляду, міліції та р.-с. інспекції щодо нагляду за переведенням оздоровних заходів і неухильно контролювати реалізацію так окремих оздоровних заходів, як і плянів у цілому, застосовуючи до винних у невиконанні відповідні репресивні заходи.

4) Домогтися від усіх організацій, що беруть участь в оздоровній роботі, щоб вони обов'язково призначили із складу їхніх відповідальних робітників конкретних осіб, що зосереджують у себе всю роботу щодо плянування й переведення оздоровних заходів.

Щоб забезпечити цілковиту реалізацію постанови РНК УСРР з 2 червня ми свою основну увагу поряд виконання щойно перелічених поточних завдань повинні спрямувати на організацію запровадження цієї постанови в наступному 1933 році і на другу п'ятирічку в цілому.

Постанови XVII партконференції висувають перед усіми радянськими, професійними, кооперативними, промисловими й сільсько-господарчими організаціями, а також перед органами охорони здоров'я дуже великі й відповідальні завдання піднести рівень матеріяльно-побутових умов працюючих, поліпшити житлово-комунальну справу та справу громадського харчування.

Здійснити ці завдання протягом наступної п'ятирічки можна буде лише на основі точного здійснення та виконання генеральної лінії партії, притягуючи до реалізації їх широкі працюючі маси, цілком координуючи й пов'язуючи всі культурно-соціяльні і санітарно-побутові заходи, що їх здійснюють окремі урядництва, за умови суворого плянування всієї оздоровної роботи на засадах єдиного пляну.

Саме такі настановлення висуває постанова РНК з 2 червня, а тому її слід вважати в галузі оздоровної роботи за одну з важливих передумов, що забезпечує органам охорони здоров'я успішне вивершення завдань 2-ої п'ятирічки.

Тепер по всіх галузях народнього господарства йде інтенсивна робота щодо складання першого варіянту другої п'ятирічки. І саме тепер, на цьому етапі, органи охорони здоров'я зверху донизу, від кожної окремої лікарської ділянки до Народнього комісаріяту охорони здоров'я, — повинні ввімкнутися в оцю роботу і домогтися, щоб постанови XVII партконференції щодо різкого поліпшення умов праці побуту трудящих повнотою відбилися у плянових настановленнях кожного підприємства, колгоспу, виробничого об'єднання, тресту або цілого урядництва. Треба цілком конкретно і гостро відзначити, що, коли ми цього не дійдемо, ми не зможемо виконати й ті історичні зобов'язання, що їх висунула XVII партконференція.

Не припустити, щоб жодний варіянт наступної п'ятирічки в будьякому підприємстві, установі або ж об'єднанні був опрацьований у частині оздоровних заходів поза участю органів охорони здоров'я, забезпечити потрібну консультацію й санітарну компетенцію органам, що беруть участь в оздоровній роботі, підчас складання цими органами плянів оздоровних заходів на другу п'ятирічку; пов'язати роботу органів охорони здоров'я з пляновими органами, що розглядають і затверджують пляни окремих урядництв, підприємств та об'єднань, своєчасно підготовлюючи висновки для цих плянових органів і не утворюючи жодних перешкод і затримок своєчасному просуванню плянів; встановити належний контакт з вищими органами охорони здоров'я (районних і міських інспектур — з облздоровміддідами і останніх—з Наркомздоров'я) в справі координованого і всебічного опрацювання проблем другої п'ятирічки—ось вони основні організаційні завдання, що повстають перед нами в галузі складання другого п'ятирічного пляну оздоровних заходів на засадах постанови РНК з 2-УІ б. р. На таких саме підвалинах ми повинні побудувати свою роботу щодо проєктування й плянування оздоровних заходів на перший рік наступної п'ятирічки.

Найближчим часом розпочнеться повсюдне готування промфінплянів та оперативно-виробничих плянів на 1933 рік. Українська медично-санітарна організація, виходячи з постанови про плянування оздоровних заходів, повинна буде вперше взяти безпосередню органічну участь у будуванні оздоровних плянів по всіх галузях народнього господарства і довести свою здатність порядкувати, координувати й об'єднувати всю оздоровну роботу в республіці.

Отже вже тепер ми повинні разом із зацікавленими організаціями приступити до опрацювання окремих питань і проблем оздоровної роботи, що їх далі доведеться внести до плянів 1933 року; ми повинні вже тепер розпочати широке обговорення цих питань (так само, як і

питань другої п'ятирічки) на широких робітничих і селянських зібраннях зосередити на них громадську увагу, забезпечити висвітлювання їх у пресі. Ми повинні притягнути до опрацювання всіх цих питань всю сітку наших науково-практичних інститутів та їхніх опорних пунктів на периферії. Нам треба так само пов'язати роботу всієї системи органів охорони здоров'я та медично-санітарних закладів, щоб досить складний порядок опрацювання й погодження оздоровних плянів від глибокої периферії й до центру не зустрічав жодних перешкод, і щоб у цій роботі уникнути будьякого паралелізму й організаційних неув'язок.

Приступаючи до дуже відповідальної роботи, що її вимагає постанова РНК з 2-УІ, ми повинні пам'ятати одне: ця постанова дає органам охорони здоров'я нові величезні права, але в той же час вона покладає на нас і надто велику відповідальність щодо нашої компетенції у плянуванні всієї оздоровної і санітарно-побутової роботи й щодо контролі за здійсненням оздоровних заходів.

І тільки за широкої участи в цій справі всього нашого медичного активу, тільки за повсюдного притягнення робітниче-селянської громадськости, тільки за перебудови роботи місцевих органів охорони здоров'я за ознакою максимальної пляновости й чіткости — ми зможемо відограти ту відповідальну регулюючу ролю у загальній системі народнього господарства, яка випливає з нової постанови уряду.

Кер. Орг. Контрольного Управління НКОЗ **О. Єфімов**

Як реалізують шість настановлень тов. Сталіна в 2-й робітничій лікарні м. Дніпропетровського.

(Скорочений виклад стенограми доповіді головлікаря 2 роб. лікарні тов. Сенеша на нараді в справах охорони здоров'я 8 — 10 квітня 1932 р.)

Основні засади роботи лікарні

Друга робітнича лікарня в Дніпропетровському спрямовує всю свою роботу на реалізацію 6 настанов т. Сталіна, трактуючи їх, як основну засаду свого генерального пляну. Зміст цих настанов лікарня детально опрацювала, гадаючи, що тільки правильне розуміння обумовлює правильне технологічне та методичне оформлення їх у даній установі.

Правильне розуміння умов т. Сталіна.

Отже, лікарня розуміє організований набір робсили, як складання умови з підшефним колгоспом на постачання робсили, та й як переведення протягом декількох днів певного інструктажу та навчання колгоспниці до того моменту, коли вона підійде до ліжка хворого, як сидуха. Ліквідувати знеосібку — значить не тільки формально покласти відповідальність на окремих робітників установи, це значить виробити таку систему роботи, щоб особиста відповідальність робітника була стимулом для чіткої, гарної роботи і для змагання поміж окремих робітників.

Ліквідувати зрівнялівку — значить не тільки виплачувати зарплату за новими ставками Наркомпраці, це значить правильно оцінювати кожного окремого робітника, при чому оцінка належить до компетенції адміністрації і повинна бути цілком об'єктивною, так щоб увесь колектив поважав і довіряв цій одиниці. Поруч цього зрівнялівку ліквідує диференціяція самих процесів роботи.

Дати кожному відділкові окремі кошториси і гроші ще не значить провадити в лікустанові госпрозрахунок. Треба дати кожній ланці установи певну дільницю пляну, покласти на неї відповідальність за виконання цієї дільниці і забезпечити її всім потрібним для роботи, встановивши обов'язково просту форму звітности і не припускаючи ускладнення рахівництва та бухгальтерії в установі.

Щоб утворити власну технічну інтелігенцію, треба, крім втягнення робітників заводу до медінститутів, ще провадити систематичну вперту роботу, готуючи поступово з сидухи сестру, з сестри — лікаря.

Ставлення до спеціялістів старої школи, що його пропонує настанова, не обмежується довір'ям до лікаря, а вимагає притягти його до громадської роботи, до соцзмагання та вдарництва, озброїти його марксо-ленінською теорією, щоб він дійсно перетворився на робітника радянської медицини.

Одноначальність і мобілізація внутрішніх ресурсів — обов'язкові умови доброї роботи.

Поруч виконання 6 вказівок тов. Сталіна лікарня вважає за обов'язкову умову доброго стану і правильної постановки роботи, поперше, — одноначальність зверху донизу, міцне керівництво зверху, й, подруге, широке використання внутрішніх ресурсів. Вони є в кожній лікпрофустанові. Дніпропровська робітнича лікарня на 1. 1. 31 р. мала 293 ліжка, бувши розрахована на таку кількість, а на 1. 1. 32 р. без додаткового будівництва та штату і без будьяких великих додаткових витрат число ліжок доведено до 400 коштом унутрішніх ресурсів. Всі найменші частини лікарняного будинку використано. Звичайно, була боротьба, були члени колективу, що не згоджувалися із вжитими заходами, але лінію проведено до кінця і тепер лікарня, яка обслуговує заводи Петровського й Леніна, має змогу виконувати свою роботу згідно з пляном.

Практичне здійснення умов т. Сталіна.

Раціоналізація посідає одне з основних місць в організації роботи лікарні. Минулого року одержано другий приз за раціоналізацію серед усіх підприємств та установ міста. Проте, опрацьовують цю справу в лікарні не спеціяльно досвідчені люди, як це буває на підприємствах, а рядові робітники колективу і можна бачити, що й сидуха здатна на корисні винаходи, якщо вона зацікавлена роботою своєї установи.

Щодо набору робсили, то тут основне настановлення — це правильно розмістити та використати наявні сили. Лікарня набирає сидух із числа колгоспниць, але вона примушує їх зараз же ввійти в гурток лікнепу, й оскільки такі гуртки в лікарні провадяться з санітарним ухилом, то поруч із елементарним загальним навчанням санітарка дістає елементарних відомостей з санітарної та протиепідемічної роботи, а також практичних відомостей щодо догляду хворих, поводженням з майном і. т. інш. і незабаром стає цілком кваліфікованою санітаркою. Лікарня має 3 групи лікнепу — по 20 чол. в кожній. Провадиться систематична комунізація апарату через втягнення робітників у комсомол та партію; 1931 р. в колективі було 4 члени партії, 1932 р. — маємо 11.

Плинність робсили в лікарні зовсім не спостерігається; якщо робітник уходить, то тільки порядком звільнення, а не з власного бажання. Цього досягнуто через загальне підвищення політичного та культурного рівня персоналу і переконання його в тому, що робота в лікарні, яка обслуговує пролетаріят наших металюрґійних велетнів, є почесна робота, що до неї не кожного можна припустити. Отже, політична свідомість, політична пропаганда відограє тут велику ролю. Поруч цього важливу вагу має поліпшення побутових умов персоналу.

Справа ліквідації знеосібки та організації праці є одна з вирішальних у наших лікпрофустановах. В цій справі лікарня має певну методу, а саме; знеосібку та зрівнялівку треба ліквідувати в самій роботі. Наприклад: треба точно диференціювати сестер—ранкову, ту, що працює після обіду, та нічну з тим, щоб ранкову роботу виконували найкращі сестри. В такий засіб ліквідується всілякі претензії на ранкову роботу, бо, щоб її виконувати, писати рецепти, лікарняні листи, провадити обхід разом із лікарем, треба мати певну кваліфікацію. Кожна з 3 сестер має свою постійну певно обмежену роботу, але ранкова перевіряє роботу двох інших. Така система вносить велику чіткість у роботу відділку.

Велику вагу має також система розподілу сидух у стаціонарі й інструктаж їх, оскільки сидуха після сестри є та особа, що провадить найбільше часу біля хворого. В Дніпропетровській робітничій лікарні кожна сидуха знає тільки ті палати, до яких вона прикріплена, але щодо цих палат, то вона повинна точно знати своїх хворих, елементарні правила догляду хворих, кількість та стан реманенту і повинна знати, чому певну роботу треба виконувати в такий спосіб, а не в інший. У наслідок такого свідомого ставлення до справи сидуха дає роботу належної якости, і лікарня має ряд подяк від хворих за добрий догляд, чистоту і не має жодної скарги.

Для здійснення госпрозрахунку всі одиниці лікарні розділено на виробників та споживачів. Споживачі — це 11 відділків лікарні, які одержують готову продукцію від виробників — аптек, операційної, ляборатор ії, рентгенкабінетів, кухні, пральні тощо. Кожний відділок має свої контрольні числа, свої якісні показники і щомісяця дає цифри виконання їх. Але госпрозрахунок у грошовому розумінні має місце не в відділках, а в допоміжних підприємствах. Наприклад, якщо за пляном на відділок дано на місяць 25 аналізів, то це значить, що таку кількість аналізів повинно обов'язково виконати, бо зменшення кількости викликає економію

коштом хворого; отже, економію, від якої не терпів би хворий, треба здійснювати в лябораторії, де можна знизити вартість аналізів, ущільнивши робітний день, коштом кращого використання реактиву тощо.

Треба відзначити, що лікарня склала зустрічний плян, який значно перевищив контрольні числа, що їх дала міськздоровінспектура.

Дуже важливо, впроваджуючи госпрозрахунок, насамперед правильно організувати облік. Система обліку в Дніпропетровській робочій лікарні зовсім нескладна, але вона дає щомісяця певну картину стану та роботи установи, виявляє досягнення і вузькі місця. Це надзвичайно полегшує роботу і стимулює її, сприяючи розвиткові соцзмагання та вдарництва.

Застосування соц. форм праці.

Соцзмагання та вдарництво поставлені в лікарні так, що дають дійсно великий ефект. Лікарня має червоний прапор та дошку проводирів за найкраще виконання 6 умов т. Сталіна. Навколо цих 2 призів розгортається вперте змагання і зростає вдарництво, і через точний, докладний і водночас простий облік завжди є картина їхнього стану. Облік провадиться за графіком, наприклад: кількість співробітників відділку, з них лікарів, сестер, сидух; з них ударників (по окремих посадах) премійовано (по окремих посадах*). Оцінку роботи дає адміністрація, погоджуючи її з місцевкомом та парторганізацією. Така постановка найправильніша, оскільки адміністрація відповідає за установу і найкраще знає свій штат. Ставлення до адміністрації в лікарні таке, що її оцінку вважають за остаточну, і треба зазначити, що той, кого адміністрація визнала за вдарника, є дійсно вдарник. Колектив допомагає адміністрації, пильно стежачи за вдарниками, отже лжевдарництво в лікарні—річ неприпустима.

На початок березня ударників було 44%, на кінець березня — 65,1%, а контрольна цифра вдарництва для лікарні—80%.

Економія.

Крім соцзмагання та вдарництва, велику ролю щодо економії, якої досягає лікарня, відограє стандартизація в самій системі роботи і підвищення якости останньої. Неможна економити бінти, перев'язуючи хворого після операції, але треба так підготувати його і себе до операції, щоб не було нагноїння, отже, бинтів потрібно буде менше і головне — хворий скоріше видужає. Доречі, перев'язувальний матеріял у лікарні має право виписувати тільки операційна, а хірургічний відділок користується з матеріялу, вжитого підчас операції та випраного після цього. Для компресів шиють компреси - подушки, що дає багато економії на матеріял. Є ще інші засоби, що дають цілком реальні наслідки щодо економії.

Інші моменти в роботі лікарні

Система в роботі, цілковита відсутність самопливу, конкретне оформлення всіх заходів і винаходів діяграмами, розрахунками, плянами, поруч із точним обліком, є взагалі основна метода роботи в лікарні.

Треба відзначити ще зв'язок із парт. і профорганізаціями, чуле ставлення до вимог місцевкому, як чинники, що забезпечують актуальну допомогу в виробничій роботі. Партгрупа, місцевком та його актив відограють провідну ролю в колективі, даючи зразок найкращої роботи.

Наукова робота, що її провадить лікарня, не доходить великого обсягу, але має практично-корисний характер, бувши спрямована на теми, що являють певне значення для району, який обслуговує лікарня.

Сумлінність персоналу.

У наслідок тієї системи роботи й освітньої та виховної обробки персоналу, що провадиться в лікарні, в її житті є випадки, які можна розуміти, як справжні зразки соціялістичної праці: наприклад, був випадок, коли після того, як Нарком відвідав пологовий відділок, бриґада гінекологічного відділку, що змагається з пологовим, пішла з власної ініціятиви перевіряти, чи дійсно все було гаразд, чи не припущено будь-якої фікції. Такі випадки говорять за те, що персонал дійсно любить свою установу, зацікавлений станом її і вважає роботу в ній за «справу чести, справу слави».

Цього можна було дійти тільки через невпинне впровадження в лікарні 6 умов тов. Сталіна, що є знаряддям для виконання плянів і в усьому народньому господарстві, і в медпрофустановах.

*) Прим. ред: Здається, що форму обліку надто примітивізовано.

II. Офіційна частина

115. Про плянуваная оздоровних заходів і нагляд за здійсненням їх.*)

(Постанова Ради Народніх Комісарів УСРР з 2 червня 1932 р.)

Щоб підсилити пляновість оздоровних заходів та забезпечити нагляд за здійсненням їх, Рада народніх комісарів УСРР постановила:

1.

1. Запропонувати всім підприємствам, установам та організаціям, що на них покладено обов'язок здійснювати заходи оздоровлення праці та побуту працюючої людности, — пляново їх здійснювати за порядком, визначеним органами влади за погодженням з органами охорони здоров'я.

2. Запропонувати підприємствам, установам та організаціям, що приділяють кошти на медсансправу, відбити їх в своїх п'ятирічних та щорічних плянах і контрольних цифрах в окремому додатковому розділі під назвою „заходи охорони здоров'я", порозумівшись з органами охорони здоров'я про характер і обсяг цих заходів та про розмір на них асигнувань.

Увага: Плянування заходів промсанітарії підпадає під чинність цієї постанови з тим, що органи санітарної інспекції подають до Народнього Комісаріяту охорони здоров'я УСРР проєктних плянів передбачуваних ними оздоровних заходів.

3. Усі підприємства, установи та організації зобов'язані породжувати з народнім комісаріятом охорони здоров'я УСРР та його місцевими органами проєкти плянових оздоровних заходів, стосовних розвитку комунального господарства й інших заходів, що істотно впливають на стан здоров'я й працездатність трудящої людности (житлова справа, водопостачання, каналізація, зелені насадження, меліоративні заходи, заселення й переселення, громадське харчування, стандартизація речей особистої гігієни тощо) і, подаючи їх до плянових органів, додавати висновки органів охорони здоров'я.

4. Запропонувати народньому комісаріятові охорони здоров'я УСРР та його місцевим органам щорічно складати зведені пляни всіх оздоровних заходів, передбачених арт. 2 і 3 цієї постанови й для окремих місцевостей УСРР, і для УСРР в цілому та подавати їх порозумівшись з пляновими органами УСРР до Ради народніх комісарів УСРР та місцевих виконавчих комітетів і рад. за належністю.

5. Позаплянові надзвичайні заходи в галузі охорони здоров'я, як от: ліквідація пошестей тощо та витрачання коштів на них, відповідні підприємства, установи й організації здійснюють, порозумівшись з відповідними органами охорони здоров'я та під їхнім наглядом.

6. Запропонувати урядництвам УСРР погоджувати з Народнім Комісаріятом охорони здоров'я та його місцевими органами наукові й навчальні пляни підпорядкованих їм науково-дослідних і навчальних установ щодо широких оздоровчих заходів санітарної культури та особистої гігієни.

7. Доручити Державній пляновій комісії УСРР разом із Народнім Комісаріятом охорони здоров'я УСРР та іншими зацікавленими урядництвами проробити питання про єдиний плян науково-дослідної на навчальної роботи в галузі оздоровлення, а так само про заходи широкої профілактики, залучаючи до цієї роботи широкі трудящі маси.

8. Запропонувати Народньому Комісаріятові охорони здоров'я УСРР забезпечувати належною науково-практичною консультацією в питаннях охорони здоров'я плянові органи УСРР, і ті підприємства, установи та організації, що зобов'язані здійснювати оздоровні заходи.

9. Наглядати за здійсненням зведених плянів оздоровних заходів, передбачених цією постановою, покласти на органи здоров'я зобов'язавши їх залучати до цього широкі кола робітників та колгоспників, а про наслідки періодично доповідати відповідним виконавчим комітетам і міським радам.

10. Визнати за потрібне встановити точно визначене коло осіб із провідного складу підприємств, установ та організацій, що відповідали б за здійснення плянів оздоровчих заходів згідно з цією постановою.

*) Розіслано місцям 10 червня 1932 р. Ред.

Беручи на увагу важливу ролю заходів у галузі охорони здоров'я працюючих, особливо на провідних підприємствах та господарствах, на новобудівництвах, в Донбасі та по великих промислових центрах, а так само, й те, що система часткового штрафування не може за всіх випадків бути достатнім заходом репресії дотично осіб, що відповідають за реальне оздоровлення в межах встановлених плянів оздоровних заходів, запропонувати органам прокурорського нагляду, слідства, міліції, робітничо-селянської інспекції та охорони здоров'я за важливіших випадків притягати винних в зламанні правил оздоровних заходів — до кримінальної відповідальности за арт. 99 або за арт. 100 Кримінального Кодексу УСРР, залежно від конкретних обставин справи

Так само підлягають кримінальній відповідальності ті особи, що винні в зловмисному невикористанні призначених на здійснення пляну оздоровних заходів кредитів, або в зловмисному їх використанні на інші потреби.

11. Цю постанову не поширюється на органи охорони здоров'я робітничо-селянської Червоної Армії й залізничного транспорту, що для них порядком спеціяльного законодавства Союзу РСР встановлено інший порядок плянування оздоровних заходів.

12. Плянування оздоровчих заходів від органів АМСРР, витрачання коштів на них і нагляд цього визначає Рада народніх комісарів АМСРР стосовно до правил цієї постанови.

3.

13. Державна плянова комісія УСРР має видати протягом місяця інструкцію про застосування цієї постанови, порозумівшись із Народнім комісаріятом охорони здоров'я УСРР.

II.

14. Цю постанову видається на розвиток постанов РНК Союзу РСР з 27 березня 1928 р. „Про заходи до підсилення обслуговування дітей робітниць яслами" (Зб. Зак. СРСР 1928 р. ч. 21, арт. 190 і 5929 р. № 42, арт. 374) і 26 грудня 1929 р. „На доповідь Народнього комісаріяту робітничо-селянської інспекції Союза РСР „Про наслідки обсліду будівництва лікарень у промислових районах" (Зб. Зак. СРСР 1930 р. № 1, арт. 6); 12 січня 1930 р. „Про умови праці в радянських господарствах" (Зб. Зак. СРСР 1930 р. № 6, арт. 70) і на розвиток та доповнення постанов: РНК УСРР з 20 березня 1929 р. „Про матеріяльну участь промислових підприємств у боротьбі з пошестями в промислових районах" (Зб. Зак. УСРР 1928 р. № 10, арт. 77); РНК УСРР з 23 березня 1929 р. „Про заходи санітарної охорони річки Північний Донець у зв'язку з водопостачанням Доноцького басейну" (Зб. Зак. 1929 р. № 10, арт. 78); ВУЦВК і РНК УСРР з 5 березня 1930 р. „Про заходи колективізації та оздоровлення дитячого побуту" (Зб. Зак. 1930 р. № 7, арт. 83); РНК УСРР з 20 березня 1930 р. „Про розширення мережі медичних пунктів першої допомоги" (Зб. Зак. 1930 р. № 8, арт. 94); РНК УСРР з 10-І-31 р. „Про санітарний мінімум" (Зб. Зак. УСРР 1931 р. № 1, арт. 12); РНК УСРР з 5 серпня 1931 р. „Доповнення постанови" „Про санітарну охорону вод" (Зб. Зак. УСРР 1931 р. № 25, арт. 209).

Харків 2-VI 1932 р.

Заст. Голови Ради Народніх Комісарів УСРР — **Сербіченко**

Т. в. о. Керівничого справ Ради народніх комісарів УСРР — **Блейер**

ФІНАНСИ

116. Про мобілізацію коштів та реалізацію єдиного фінпляну охорони здоров'я на 1932 р.

До облздороввідділів, рай та міськздоровінспектур Донбасу. Копія до НКОЗ АМСРР.

Досвід минулого року довів, що не зважаючи на категоричні вказівки Наркомздоров'я, органи охорони здоров'я на місцях ще не приділяють достатньої уваги справі мобілізації коштів, у наслідок чого единий фінплян охорони здоров'я за 1931 р. за деякими джерелами фінансування виконано неповнотою.

Зважаючи на те, що незалежно від джерела фінансування, уряд цілком поклав на органи охорони здоров'я і плянування в справі охорони здоров'я, і контроль за виконанням різними організаціями відповідних зобов'язань та плянів у галузі охорони здоров'я, Наркомздоров'я категорично пропонує зосередити особливу увагу навколо питань, що їх пов'язано з виконанням єдиного фінпляну, а саме: щодо удосконалення фінпляну, перевірки його виконання мобілізації коштів.

Орієнтовні контрольні числа за єдиним фінпляном области, (інспектури) на 1932 рік надсилається тут у районному розрізі за такими джерелами:

а) державний бюджет
б) місцевий „
в) фонд меддопомоги застрахованим
г) кошти соцстраху в розпорядженні НКОЗ (на ясла та молошні кухні)
д) промстрахкаси: а) власна мережа б) кошти, передані органам охорони здоров'я.
е) страхкаса інвалідів
є) промисловість
ж) кооперація (споживча)
з) колгоспи
и) радгоспи
і) $^1/_4$% від зарплатні
к) цустрах — на будівництво.

Крім перелічених джерел фінансування, належить ще на місці виявити розмір асигнувань по УЧХ, коштів профспілок, добровільних товариств, соцстраху на будинки відпочинку тощо.

Треба негайно по кожному джерелу фінансування удосконалити розмір асигнувань і, включивши всі додаткові джерела, скласти єдиний фінплян охорони здоров'я области — інспектури.

Одночасно треба розпочати роботу щодо перевірки виконання фінпляну за 1 півріччя 1932 року. У цій роботі слід керуватись відповідними постановами уряду, вказівками та матеріяльними плянами НКОЗ, (їх було вам надіслано), а також зобов'язаннями організацій за умовами та плянами.

Ставлячи собі, як бойове завдання за всяку ціну цілком реалізувати фінпляни 1932 року, а тому, надаючи велику вагу цій перевірці, Наркомздоров'я пропонує провести її по вдарному.

НКОЗ неодноразово підкреслював, що постійний нагляд за виконанням єдиного фінпляну і мобілізації коштів, — є одна з найважливіших дільниць в роботі інспектури, а тому, щоб здійснити контроль, облздороввідділи повинні встановити систематичну звітність.

Відомості про виконання єдиного фінпляну облздороввідділи та здоровінспектури повинні складати за доданою формою й подавати до НКОЗ на такі терміни: 15 серпня за перше півріччя, за III квартал — до 1 листопада і за рік — до 1-го березня 1933 року.

Удосконалений єдиний фінплян ехорони здоров'я области — здоровінспектури треба подати до НКОЗ не пізніше 1 липня 1932 р.

Наркомздоров'я підкреслює, що контрольні числа фінпляну за кожним джерелом фінансування, що їх передбачив НКОЗ, є мінімальні, а тому невиконання їх Наркомздоров'я розглядатиме, як неприпустиме ставлення від завідувачів облздороввідділів та здоровінспекторів до виконання своїх обов'язків.

Заст. Наркомздоров'я УСРР — **Саратіков**
Заст. Керівника фінсектора — **Санжур**

(Об. розп. НКОЗ з 12 червня 1932 р.)

ОХМАТДИТ

117. Про поліпшення стану пологодопоміжних установ*)

До всіх облздороввідділів, міськздороаінспектур, райздоровінспектур Донбасу. Копії до НКОЗ АМСРР, Медсансектора УпНКШляхів

За відомостями, що має Наркомздоров'я, пологодопоміжні установи та відділки по багатьох містах та зокрема по сільських місцевостях перебувають у дуже поганому стані. Пологові ліжка

*) Продовження див. на стор. 250

ЗВІТНА ВІДОМІСТЬ

про виконання єдиного фінансового пляну охорони здоров'я за 1932 року

. району. Міста області

Чергові №№	Галузі охорони здоров'я / Джерела фінансування	1 Лікпрофзаходи та установи		2 Санепідзаходи та установи		3 Охматдит: Разом		3 Охматдит: В т. ч. на ясла		3 Охматдит: В т. ч. на ОЗДП		4 Курорти та санаторії		5 Будинки відпочинку	
		п.	в.	п.	в.	п.	в.	п.	в.	п.	в.	п.	в.	п.	в.
1	Державний бюджет . .														
2	Місцевий бюджет . . .														
3	Фонд меддопомоги . .														
4	Кошти страхкаси . . .														
5	Промисловість														
6	Радгоспи														
7	Колгоспи														
8	Кооперація спож. . . .														
9	„ кустром. .														
10	„ житлова .														
11	„ інвалід. .														
12	„ сіль-госп.														
13	Кустпромстрахкас . .														
14	Страхкаса інвалід. . .														
15	Фонд поліпш. побуту робітн.														
16	$^{1}/_{4}$% зарплатні														
17	Профспілки														
18	Ради фізкультур. . . .														
19	Укр. Черв. Хрест . . .														
20	Добр. та гром. організації														
21	Транспорт														
22	Дотації НКОЗ														
23	Спеціяльні кошти (кошти від населення за платну меддопомогу)														
24	Інші надходження . .														
															
															
	Разом														
	В т. ч.:														
	а) на нове будівництво														
	б) капітальн. ремонт. .														

Чергові №№	Джерела фінансування	6 Саносвіта		7 Фізкультура		8 Інші заходи охорони здоров'я		9 Разом на охорону здоров'я		10 В т. ч на нове будівництво		11 В т. ч. на капіт. ремонт		12 Наукова робота		13 Кадри		14 Разом	
		п.	в.	п.	в.	п.	в.	п.	в.	п.	в.	п.	в.	п.	в.	п.	в.	Пр.	Викон.
1	Державний бюджет																		
2	Місцевий бюджет																		
3	Фонд меддопомоги																		
4	Кошти страхкаси																		
5	Промисловість																		
6	Радгоспи																		
7	Колгоспи																		
8	Кооперація спож.																		
9	„ кустром.																		
10	„ житлова																		
11	„ інвалід.																		
12	„ сіль-госп.																		
13	Кустпромстрахкас																		
14	Страхкаса інвалід.																		
15	Фонд поліпш. побуту робітн.																		
16	$^{1}/_{4}$% зарплатні																		
17	Профспілки																		
18	Ради фізкультур.																		
19	Укр. Черв. Хрест																		
20	Добр. та гром. організації																		
21	Транспорт																		
22	Дотації НКОЗ																		
23	Спеціяльні кошти (кошти від населення за платну меддопомогу)																		
24	Інші надходження																		
																			
																			
	Разом																		
	В т. ч.:																		
	а) на нове будівництво																		
	б) капітальн. ремонт.																		

Райміськздоровінспектор

Бухгальтер

при соматичних лікарнях не відокремлені, породіллі лежать у палатах укупі з гінекологічними хворими, абортичками, що вступили в лікарню з кровотечею, укупі з хірургічними та навіть терапевтичними хворими; по деяких пологових відділках улаштували загально-медичні пункти першої допомоги; палати, дц лежать породіллі, зробили проходними тощо. Є пологодопоміжні установи, де жодної санобробки породіль не провадять; у більшості установ санобробка занадто поверхова й зовсім недостатня.

Приміщень пологових установ давно не ремонтували, білизна в багатьох установах порвата, її давно не поповнювали, харчування хворих кількісно та якісно незадовільне.

Особливо погано стоїть подекуди справа обслуговування та догляду хворих, санітарного стану установ і ліжок.

Медпрофуправління НКОЗ пропонує негайно організувати масовий огляд пологодопоміжних установ, акушерських пунктів і пологових ліжок при медучастках на селі бриґадами за участю громадськости міста та колгоспного активу на селі.

Поточного сезону треба обов'язково зробити потрібний ремонт; зараз розпочати поповнювати твердий і м'ягкий інвентар, відокремити породіль в соматичних лікарнях в окрему пологову палату, встановити такий порядок прибирання приміщень, щоб назавжди усунути бруд та антисанітарію, налагодити належну санобробку породіль, що вступають на ліжки, поліпшити харчування, обслуговування та догляд хворих, організувати курси для середнього й молодшого персоналу з питань асептики та антисептики, використовуючи лікарів установи за викладачів.

Всі витрати, зв'язані із згаданими заходами, робіть із коштів від платних абортів, які треба використовувати згідно з директивою НКОЗ (її надруковано в бюлетені № 7 — 8).

Про перебіг масового обслідування та вжиті заходи повідомляйте періодично сектор ОХМД НКОЗ.

Керівник медпрофуправління НКОЗ **Туркельтауб**

Ст. інспектор охорони материнства **Ліхтман**

(Об. розп. НКОЗ з 10 червня 1932 р. № 211 — 13)

118. Про розширення пологодопомічних установ

До всіх облздоровввідділів, міськздоровввідділів, райздоровінспектур Донбасу, МСУ новобудів. Копія до НКОЗ АМСРР і до медсансектора Уповнаркомшляхів

Наркомздоров'я неодноразово звертав увагу міськ. та райздоровінспекторів на потребу якнайширше та якнайшвидше розгорнути мережу пологодопомічних установ і по промислових центрах та районах, так зокрема в соцсекторі села з тим, щоб вже 1932 року домогтися доведення відсотку охоплення пологодопомогою в соцсекторі села до 50% усіх породіль.

А в тім, ця мережа охматдитських установ розгортається занадто кволо та якісно не перебуває на належній височині.

Директивою НКОЗ та Укрколгоспцентру з 19 квітня 1032 року № 21113/133 було запропоновано розгорнути масову роботу навколо цієї справи, залучити найширші кола колгоспників, колгоспниць та всієї трудящої людности села до організації акушерських пунктів з ліжками, пологових ліжок при сільських медамбуляторіях, розширення існуючих пологових відділів соматичних лікарень та надання акушерської допомоги вдома.

Ця галузь охматдитської роботи набуває першорядної ваги нарівні з розгортанням ясел. Щоб успішно виконати це завдання, треба негайно ж передати всю справу та всю існуючу мережу пологодопомоги для організаційного та для оперативного керівництва інспектурі охматдит; на інспектуру охматдит покладіть організацію розгортання нової мережі пологових ліжок. Розгорніть навколо цього питання масову роботу, орієнтуючись, найголовніше, на місцеві ресурси. Домагайтеся зазначеної в спільній директиві НКОЗ та Укрколгоспцентру допомоги колгоспів *)

Організуйте масовий огляд бриґадами з широким залученням громадськости всіх пологодопомічних установ, щоб виявляти якісний їхній стан та вживіть заходів усунути виявлені хиби.

Керівник медпрофуправління член колеґії НКОЗ **Туркельтауб**

Ст. інспектор охорони материнства **Ліхтман**

(Об. розп. НКОЗ з 10 червня 1932 р. № 211 — 13).

*) Див. бюл. № 7—8 цього року. Ред.

119. Про переведення запобіжних щеплень серед призовників чергового призову

До всіх облздороввідділів, райздоровінспектур та інспектур охорони здоров'я при міськрадах. Копія до Наркомздоров'я АМСРР

Згідно з даними минулого призову обіжне розпорядження Наркомздоров'я УСРР та Військово-Санітарної Управи УВО з 26 червня 1931 р. № 31612/333 (було розіслано окремо) про запровадження запобіжних щеплень серед призовників за 1—1½ місяці до початку призова на місцях не було реалізовано. Подекуди щеплення перенесено на призовні пункти, але це, з одного боку, зовсім не забезпечило потрібного триразового щеплення дивакцини проти черевного тифу та паратифу В, а з другого — через недовге перебування призовників на пункті не дало змоги точно врахувати навіть зроблені щеплення, що значною мірою знецінило всю прищепну роботу, переведену на призовних пунктах.

У зв'язку із зазначеним тут і на підставі вказівок вищих військових та військово-санітарних органів про цілковите охоплення призову запобіжними щепленнями що до явки на призов, Наркомздоров'я, погодивши справу з Військово-Санітарною Управою УВО, пропонує райздоровінспектурам та інспектурам охорони здоров'я при міськрадах:

1: Організувати зараз же щеплення серед призовників народження 1910 р. і проти черевного тифу та паратифу В, і проти віспи охопивши цю молодь на 100%.

2. Переведення зазначених у п. 1 запобіжних щеплень розрахувати, щоб не пізніш, як на 10 серпня всім призовникам було зроблено прищепки.

3. Для щеплення уживати і дивакцини і вісп'яного детриту тільки свіжого виробу (виготування не пізніш кінця 1931 р.).

4. Щеплення дивакцини (черевний тиф + паратиф В) переводити обов'язково всім триразовими дозами: перше щеплення — 0,5, друге — 1,0 і третє — 1,0 з перервами між щепленнями по 5-6 день.

5. Ревакцинацію віспи робити всім тим, хто не матиме документального потвердження про прищеплення віспи з позитивним наслідком 1932 р. Ревакцинованих з позитивним наслідком 1932 р. брати на облік для відповідної реєстрації (див. далі п. 6).

6. Зроблені прищеплення нотувати в обліково-військових квитках на кожного призовника, помічаючи це так (російськ. мовою):

ПРИВИТА ДИВАКЦИНА
брюшной тиф + паратиф В

Время
прививки

1-я	прививка	0,5
2-я	„	1,0
3-я	„	1,0

Подпись
М. П.

ПРИВИТА ОСПА
Дата
Результат:
положит., отрицат.
Подпись.
М. П.

Іменові списки на осіб, підлеглих черговому призову, слід дістати від місцевих обліково-військових органів.

Щоб забезпечити безперебійне та своєчасне проведення прищепної кампанії серед призовників райздоровінспектурам та інспектурам охорони здоров'я при міськрадах ужити негайних заходів одержання потрібних прищепних матеріялів та засобів.

Заст. Народнього Комісара Охорони Здоров'я УСРР — **Хармандар'ян.**
Т. В. О. Нач. Військово-Санітарної Управи УВО — **Кантер**

(Спільне обіжн. розпор. НКОЗ та ВСУ УВО в 8 червня 1932 р. № 20—22—4).

III. Із діяльности Наркомздоров'я, його управлінь і секторів

Затвердив:

Заст. Наркомздоров'я **Хармандарян**

1. Про медсанобслуговування новобудів

Резолюція на доповіді начальників медично-санітарних управ нових будівництв і представників НКОЗ на нараді, що відбулась 16-17 травня 1932 р. в м. Харкові.

Заслухавши доповіді представників медсанупрів та представників Наркомздоров'я про санітарно-епідемічний стан і медико-санітарне обслуговування новобудів, нарада при НКОЗ у справах медсанобслуговування новобудів констатує:

1) За останній час на новобудах є певні досягнення в справі медсанобслуговування та протиепідемічних заходів а саме: на більшості новобудів організовано ізоляційно-пропускні пункти, налагоджено санобробку робітників, що прибувають до новобудів, поліпшено лазневу, справу, збільшилась кількість дезустанов, в деякій мірі поліпшено санстан гуртожитків, збільшився саннагляд за санстаном новобудів, поліпшено санстан підприємств громхарчування, в деякій мірі покращала саносвітробота. Разом із цим нарада відмічає, що санстан новобудів і на цей час залишається незадовільний і ні в якій мірі не забезпечує належних санітарно-побутових умов робітникам, що не усунено факторів, що можуть викликати кишкові та інші інфекції та сприяти їх розвиткові.

Одночасно нарада відмічає, що директиви партії та уряду в галузі санітарно-побутових умов робітництва ще не цілком виконано та не усунено всі фактори, що сприяють плинности робітної сили та перешкоджають успішному виконанню промфінпляна, а саме:

Загальний санстан робітничих селищ у більшості незадовільний. На цей час ще не організовано правильно та систематичне зберігання та вивозу сміття та покидьків. На низці новобудів не організовано систематичної дезінфекції санітарно-подвірних установок. Зовсім незадовільно стоїть справа устаткування на новобудах сміттєвих скринньок, відхідників, помійних ям яких взагалі мало. Вони незадовільної конструкції, непридатні для користування. Хоча на багатьох новобудах є загони вбиральників, але їх не завжди досить і вони не завжди мають відповідне керівництво в своїй роботі. Ще не розгорнуто систематичної повсякденної роботи для боротьби з мухами та вона не набула тих темпів і напрямку, що можуть гарантувати позитивні наслідки.

Водопостачання лишається незадовільне. Навіть там, де є джерела води, система приставки води діжками та зберігання її у діжках або баках, які не відповідають найменшим санітарним вимогам, скрізь погіршують якість води, утворюють водночас загрозу передачі водою кишкових інфекцій. Є випадки, коли води не вистачає не тільки для загального вжитку, але для пиття робітників.

Постачання робітникам окропу не скрізь налагоджено: в незадовільному стані перебуває справа обладнання бараків твердим реманентом, як-от: залізні ліжка, міжліжкові тумбочки, плювальниці, урни для сміття, столи, ослони, вішалки для одягу, вмивальники, а також м'ягким — простирадла, наволочки, тюфяки, ковдри тощо.

Санітарний стан їдалень на новобудах ще не скрізь задовільний, а розподільники харчових продуктів, місця зберігання та транспортування продуктів зовсім не забезпечені сандоглядом; не налагоджено організації бракеражу продуктів, робітничого контролю за поліпшенням якости їжі.

Постанова РНК УСРР з 10. I. 31 р. про санмінімум ніде ще як слід не запровадили в життя.

Типові санмінімуми, що їх опрацював НКОЗ, ще не дійшли до свідомости широких робітничих мас і до реалізації їх не притягнуто ще достатньою мірою робітничої громадськости.

Досягнення, що їх доходили підчас масових санітарних кампавій, не закріпили як слід органи здоровоохорони, ні господарники, ані профорганізації.

Робота органів охорони здоров'я на новобудах не набула ще тої системности та повсякденної поглиблености, що одна лише може гарантувати гарні наслідки. Розпочаті справи не завжди доводять до кінця: органи охорони здоров'я не скрізь і не цілком використовують права, що їм надав уряд у справі санітарного нагляду.

Санкультроботу ще не переключено на виконання вимог соцбудівництва та не скрізь пов'язано з основними завданнями, що виконують органи здоров'я; актив у галузі здоровоохорони багатьох місцях не організовано, а де такий є, то його не притягнуто до реалізації практичних завдань.

До цього часу в багатьох медсанупрах не реалізували директиву Наркомздоров'я про прикріплення лікарів організовано, керівництво ними від медсанупрів недостатнє.

В галузі боротьби з кишковими інфекціями медсанупри новобудів, як і господарники, не реалізували низки важливих завдань, зокрема, зовсім незадовільні темпи запобіжних щеплень проти черевного тифу та різачки.

Зазначений незадовільний санітарний стан новобудів певною мірою залежить від недбайливого ставлення господарників до поліпшення санітарно-побутових умов робітників. Господарники недосить усвідомили велику вагу роботи органів охорони здоров'я, що спричиняться до піднесення продукційности праці, виконання виробничих плянів поліпшуючи медично-санітарне обслуговування робітників новобудів та санітарно-побутові умови їхнього життя та праці.

Нарада ухвалює:

1) Негайно приступити до запровадження на новобудах місячника чистоти) згідно з постановою Раднаркому, закріплюючи надалі наслідки цього місячника систематичною роботою реалізації санмінімуму.

2) МСУ та РЗІ запропонувати протягом місячника чистоти забезпечити гуртожитки м'ягким інвентарем—ковдрами, матрасами, простирадлами та пошивками, а також плювальницями, урнами для сміття, баками для води з фонтанчиками, вмивальниками, вішалками, а протягом 2-х місяців обладнати гуртожитки залізними ліжками для кожного робітника.

3) МСУ та РЗІ разом із господарниками негайно організувати по гуртожитках систематичну боротьбу з блощицями так через загони Осовіяхема, як і спец. дезбриґадами.

4) МСУ та РЗІ вжити незалежних заходів щоб поліпшити збирання гуртожитків, не припускаючи в цій знеосібки від господарників.

5) МСУ та РЗІ запропонувати господарникам підчас запровадження місячника чистоти провести мінімальний доброустрій на дільницях новобудів, улаштувати там тротуари, побудувавши скриньки для сміття та помийниці.

6) Беручи на увагу, що справу очищення майданів, робітничих селищ тощо на новобудах налагоджено дуже незадовільно, вважати за конче потрібне, щоб кожна новобудова вилучила справу очищення (асенізація та переховування покидів, вивозка їх і утримання полей зрошення) в окрему галузь роботи з відповідальним робітником на чолі. Запропонувати господарникам разом із МСУ опрацювати плян систематичного очищення новобудови, використовуючи відповідний штат робітників, матеріяльні і транспортні ресурси так, щоб дійсно забезпечити додержання чистоти: провести розподіл обов'язків та прикріплення робітників до кожного об'єкту з тим, щоб цілком ліквідувати знеосібку в цій галузі санітарної роботи.

7) Обов'язково реалізувати організацію вбиральних загонів, встановивши відповідальність старшого по загону за всю роботу вбиральників.

8) Щоб забезпечити новобуди доброякісною питтьовою водою, треба встановити санітарний та лябораторний контроль за джерелами водопостачання, а коли джерела непевні, обов'язково хлорувати воду. На новобудах, де є водогінні магістралі, і вода доброякісна, встановити питтьові фонтанчики безпосередньо від магістралі; переробити баки для питтьової води по гуртожитках на фонтанчики, замикаючи кришки баків на замок; встановити щоп'ятиденку огляд усіх баків в барака та щоденне виливання лишків води з баків та миття цих баків; транспортування та розлив води по баках-фонтанчиках забезпечити всіма санітарними гарантіями.

9) Влітку широко організувати літні душі для щоденного користування робітників та підготовити на осінь збудування та устаткування мережі капітального та полегшеного типу лазнево-душових установок, які б забезпечували систематичну організовану санобробку робітників та сімей.

10) МСУ та РЗІ звернути увагу на збільшення зелених насаджень на терені робітничих селищ новобудів, а також міст, що будують при підприємствах, домагаючись, щоб разом із початком будування житлів провадились зелені насадження.

11) Щоб поліпшити санітарний стан установ громадського харчування, треба:

а) протягом травня місяця привести в належний санстан їдальні, розподільники та місця зберігання харчових продуктів, особливо, м'яса, риби, хліба та молока, звернувши увагу на поліпшення санстану садиб харчових підприємств; для саннагляду прикріпити до кожної їдальні лікарів.

б) Щоб поліпшити транспортування м'яса та хліба, заборонити різницям, хлібопекарням та інш. розподільникам м'яса та хліба відпускати зазначені продукти в неустаткованому транспорті, притягаючи до суворої відповідальности осіб, що не виконують вимог саннагляду щодо транспортування харчпродуктів.

в) Організувати боротьбу з мухами по харчпідприємствах, домагаючись засітчування вікон, забезпечення липучками тощо.

г) провести протягом травня та першої декади червня об'єднані конференції робітників громхарчування, здоровохорони з господарниками та робітничим активом, на яких поставити питання про санітарні заходи на підприємствах громхарчування та заход до переведення кишкових інфекцій.

д) мобілізувати робітничий актив для поліпшення санітарного стану підприємств громхарчування та якости їжі, встановивши чіткий робітничий контроль на всіх ділянках їдалень

е) звернути особливу на поліпшення якости їжі, для чого організувати громадський бракераж, встановити систематичний контроль калоражу, притягаючи до відповідальности їдальні за зниження калоражу.

12) В галузі протиепідемічній: а) кожну новобудову забезпечити санітарно-ізоляційним пропускним пунктом, обладнаним дезінсектором та душовими установками, щоб усі робітники та їхні родини, що прибувають до будівництв, проходили через попередню цілковиту санобробку. Для влаштування ізопропунктів на незначних будівництва, слід широко використовувати пересувні лазневі установки та сухоповітряні дезінсектори. Для розміщення робітників, що перебувають на новобуди в часи, коли неможна проводити санобробку, слід мати при ізопропункті окремий барак, який повинен бути під пильним сандоглядом.

б) Щоб систематично боротися з вошивістю серед робітників новобудів новобудів та паразитами по гуртожитках, слід налагодити та регулярно і періодично, організовано перепускати робітників через лазню, душові установки з десінсекцією одягу та білизни і натільної, і ліжкової, з дезінсекцією гуртожитків, для чого забезпечити влаштування відповідної кількости дез установок та використовувати для газової дезінсекції житлових приміщень бриґади Осоавіохеми, УЧХ та інш.

в) Організувати та систематично за певним доглядом та контролем МСУ та господарників запроваджувати профілактичну дезінфекцію дворових санітарних установок хлорною вапною, щоп'ятиденки, для чого мати відповідну кількість вапни та робсилу.

г) Організувати та систематично вперто провадити боротьбу з мухами, широко використовуючи для цього робітничий актив,

д) Широко розгорнути та різко прискорити проведення запобіжних щеплень проти черевного тифу та різачки, щоб імунізацію цілком закінчити у встановлений НКОЗ термін—до 15 червня. Організувати проведення запобіжних щеплень слід так, щоб не перешкоджати нормальній роботі будівництва, переводячи щеплення після роботи, під вихідні дні або підчас перерви. Притягати до активної участи в цій роботі якнайширшу громадськість, застосовуючи методи соцзмагання між робітниками медсанорганізації й окремими виробничими одиницями за колективами — цехами, бриґадами, гуртожитками, вилучивши певні суми для преміювання і лінією господарників, і МСУ.

е) МСУ новобудів забезпечити своєчасне виявлення пошесних хворих, організувавши спеціяльні бриґади середнього медперсоналу та прикріплених лікарів, що систематично щоденно відвідували б усі гуртожитки.

13) В галузі лікувально-профілактичної допомоги:

а) Відмічаючи, що найслабшою дільницею в справі лікувального обслуговування є стаціонарна допомога, вважати за потрібне негайно поставити на всіх новобудах питання про надання приміщень, в тому числі й тимчасових для розгорнення лікарняних ліжок із розрахунку 1 ліжко на 150 робітників з утриманцями; зазначені ліжка використовувати насамперед, як ізолятори для хворих, що температурять, а потім як інфекційні бараки.

б) Лінією амбуляторно-поліклінічної допомоги — треба на кожній новобудові з незначною кількістю робітників мати розгорнуту амбуляторію, забезпечивши допомогу за такими спеціяльностями: терапія, хірургія, гінекологія та зубні хвороби, а за наявности значної кількости дітей і педіятрії на великих новобудах треба організувати поліклініки, забезпечивши допомогу з усіх спеціяльностей. Враховуючи обмеженість кадрів з вузьких спеціялістів, вважати за обов'язкове використовувати на новобудах порядком сумісництва лікарів - спеціялістів територіяльно близьких лікустанов не менш, як 2 рази на п'ятиденку до повного вкомплектування новобудов власними спеціялістами.

в) Медпункти для надання першої допомоги треба розгорнути з розрахунку 1 медпункт на 2000 робітників з роботою на всі три зміни, розподіляючи їх залежно від розташування окремих дільниць новобудів.

г) Ураховуючи наявність новобудів із великою площею будівництва, коли надання лікувальної допомоги в центральній поліклініці хворі витрачають багато часу на ходіння, вважати за потрібне в таких випадках організацію меддопомоги здійснювати через ряд додаткових амбуляторій, розташованих по окремих дільницях будівництва. У цих амбуляторіях треба надавати всі основні види допомоги (терапія, хірургія, зубні хороби, а при потребі з гінекології та педіятрії), а також допомогу на дому. У таких випадках охват роботи центральної поліклініки відповідно зменшується.

д) Всі амбуляторії та поліклініки працюють не менш, як $1^1/_2$ зміни.

е) Відмічаючи незадовільний стан сантранспорту на новобудах, вважати за обов'язкове мати транспорт із розрахунку 1 авто або 2 санкарети на кількість робітників до 10.000. Крім того, кожна новобудова повинна мати не менш, як 1 машину для швидкої допомоги. Увесь транспорт є у виключному та безпосередньому віданні лікувальної організації.

ж) Відмічаючи значне відставання на новобудовах обслуговування робітниць, найрішуче прискорити розгорнення ясел із розрахунку 1 ліжко на кожні 10 робітниць.

з) За наявности на новобудах більш за 2500 робітниць розгорнути на новобудах консультації з молошними кухнями.

и) Розгорнути на новобудах дитмайданчики.

к) Відмічаючи високий % захоруваности на новобудах та неналагодженість обліку захоруваности, а також її аналізи, вважати за потрібне терміново організувати сигнально-оперативний облік на новобудах за методою, що проробив НКОЗ УСРР з її відповідним спрощенням.

л) Вважати за потрібне повести найрішучішу боротьбу за зниження захорувальности на новобудах, при чому крім запровадження широких оздоровних та протиепідемічних заходів здійснити ряд заходів організаційного порядку, як облік днів непрацездатности, облік видачі листків за непрацездатністю окремими установами, окремими лікарнями та проведенням найрішучішої боротьби з агравацією та симуляцією, притягуючи до цієї справи робітничу громадськість.

м) Вважати за потрібне широко використовувати на новобудах осіб, з тимчасовою частковою втратою працездатности на інших роботах, для них можливих.

н) Нарада підкреслює потребу найуважнішого ставлення до справи профілактичного огляду осіб, що приїздять на новобудову, щоб уникнути прийому на роботу осіб, нездатних до праці, які стають тягарем для медорганізації та баластом для будівництва.

о) Відмічаючи іноді невірне в окремих випадках трактування виданого НКОЗ положення про МСУ по новобудовах, підкреслити, що загальне керівництво медсанроботою на новобудах питання розподілу кадрів, складання єдиного пляну, фінансування, контроля залишається у віданні відповідного здороввідділу, який повністю відповідає за медсанобслуговування робітників новобудов, щодо МСУ, то воно є самостійна організація на новобуді, яка працює в системі міськ або ра здороввідділу.

14) МСУ та РЗІ своєчасно передбачити та домогтися, щоб після закінчення будівництва окремих цехів підприємства до початку використовування їх було б забезпечено санпобутовими установками (душові в цехах, роздягальні, водопостачання, вбиральні та інш.) та приміщеннями для сніданку. Обов'язково брати участь в розгляді проєктів і робочих рисунків цехів, приміщень, агрегатів, щоби заб зпечити заходи попередження травматизму та захорувань (вентиляція, опалення, огородження, санпобут, установка тощо).

15) МСУ та РЗІ вжити рішучих заходів щодо будівництва приміщень на підприємствах для цехових пунктів п ршої допомоги та медсанцехів. У міру вступу до експлоатації новобудов слід організовувати апарат медсанцеху, перетворюючи поступово роботу роботу медпунктів та окремих частин МСУ та методи роботи медсанцеху.

16) РЗІ та МСУ посилити роботу щодо попереднього догляду, а також санітарного контролю за будівництвом робітничих селищ. що будують біля нових підприємств, питання, притягаючи до цього райсантехради та організовуючи такі там, де їх немає.

17) —

а) Запропонувати всім медсанупрам розгорнути роботу через санкомів у галузі масових санітарно-оздоровних заходів, боротьби за чистоту та налагодити повсякденну систематичну роботу щодо організації здорових умов оточення праці та побуту.

б) Цілком та повністю виконати відповідні директиви НКОЗ щодо прикріплення лікарів та інших медробітників до окремих об'єктів, склавши з господарськими організаціями умови для прикріплених, та систематично керувати роботою прикріплених.

в) Негайно розр бити на місцях диференційований санмінімум на підставі тих санмінімумів що були надіслані НКОЗ умов з господарськими організаціями щодо запровадження в життя санмінімумів та провести широку агітаційно-популяризаційну роботу серед робітництва в галузі реалізації санітарних мінімумів.

18) Розгорнути масову санітарно-культурну роботу на новобудах, організувавши саносвітбази, санкутки у гуртожитках, їдальнях, клюбах, а також організувавши систематичну роботу щодо ліквідації санітарно-технічної неписьменности серед робітництва, зокрема — комендантів, вбиральниць, офіціянток, куховарів, робітників санобозу і. т. інш., притягаючи до цієї роботи всю масу медробітників, в першу чергу лікарів.

19) Сумісно з ТОПП *) розгорнути роботу щодо зміцнення робітничого активу лінією здоровоохорони, організуючи осередки т-ва по всіх об'єктах, керуючи їх роботою та притягаючи цей актив до виконання важливих питань, пов'язання за участю громадської самодіяльности в роботі органів здоровоохорони.

20) Запропонувати управлінню оздоровлення залюднених місць і побуту. НКОЗ домогтися в будівельних трестах введення в штати їхніх культурно-побутових секторів консультантів-санлікарів, а сектору кадрів НКОЗ забезпечити заміщення цих штатів.

*) Т-вом оздоровл. праці й побуту.

ОБ'ЯВИ

Вийшла в світ нова книга:

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я В УСРР
(основні закони та розпорядження)

Упорядкували **М. Спаський** та **С. Сокольський**

Передмова—Наркома охорони здоров'я УСРР **С. І. Канторовіча**

Книгу видало Державне Медичне Видавництво

Придбати можна по крамницях Укркнигоцентру

Вийшла нова книга з багатьома ілюстраціями

„СТАНДАРТНА БІЛИЗНА ДЛЯ ПОЛОГОВО-ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ВІДДІЛКІВ"

Розробив Український Державний Інститут охорони здоров'я

Придбати можна по крамницях Укркнигоцентру

Редколегія: **Канторовіч С. І.** (відповід. редактор), **Єфімов О. О.** (заступник редактора), **Залкінд А. Л.** (відповід. секретар).

1¼ друк. арк.—72×105. Друк. зн. в 1 арк. 65.000. Здано до друку 19-VI-32 р. Підписано до друку 10-VII-32 р.

ДВОУ УПП. 7 Друк. ім. Фрунзе. Харків, Дон.-Захарж., 6. Укрголовліт 2891. Зам. 982. Прим. 6.500

ПРОЛЕТАРІ ВСІХ КРАЇН, ЄДНАЙТЕСЯ

БЮЛЕТЕНЬ

НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

РІК ВИДАННЯ 8-й

Редакція: Наркомздоров'я УСРР, Харків, Буд. Держпромисловости 6-й під'їзд, 4 поверх

№ 13-15	ЛИПЕНЬ-СЕРПЕНЬ 1932 року	№ 13-15

ОГЛАВ

I. Листи Наркомздоров'я до медсанробітників УСРР

1) Найближчі завдання здоровоохорони в світлі останніх директив партії та уряду (скорочена стенограма промови Наркомздоров'я т. Канторовіча на нараді ОЗВ, РЗІ та МЗІ Донбасу 3—5 липня 1932 р.).

2) Головні частки роботи облздоровввідділів на найближчий час.

II. Всеукраїнська нарада завідателів облвідділів охорони здоров'я та здоровінспекторові Донбасу
(Резолюції та постанови наради)

III. Офіційна частина. Організаційна частина. **120.** Про виробничі майстерні при установах НКОЗ (додано положення). **121.** Справі розвитку с.-г. заходів у медсанустановах — пильну увагу. **122.** Про сприяння розвиткові с.-г. заходів лінією НКОЗ (лист НКЗС УСРР). **123.** Про плянові завдання відгодівлі свиней при лікустановах. Кадри. **124.** Про заходи до поліпшення матеріяльно-побутового стану медперсоналу (постанова ВУЦВК). **125.** Про постачання медперсоналові (постанова Наркомпостачання УСРР). **126.** Про зарплату медробітників усіх установ незалежно від джерела фінансування. **127.** Теж — щодо аптечних робітників. **128.** Інструкція про розподіл випуску медичних і фармацевтичних ВИШ'ів технікумів 1932 року. **129.** Про прийом аспірантів 1932 року. Охматдит. **130.** Зразкове меню та розподіл продуктів для дитячих ясел. **131.** Про поліпшення стану дитячих кімнат при пологових відділках. **132.** Про розширення обслуговування дітей робітниць яслами (постанова РНК СРСР). **133.** Про постачання дитустановам. Оздоровлення побуту. Попередження розвитку пошесних захорувань. **134.** Про заходи до поліпшення санітарного обслуговування робітників (постанова ВУЦВК та РНК УСРР). **135.** Устава про санітарну міліцію УСРР. **136.** Про утворення санміліції в містах УСРР. **137.** Про посади санінспекторів при управах міліції. **138.** Генеральна угода між НКОЗ УСРР та Вукопспілкою на здійснення санконтролю у крамницях і склепах споживчої кооперації. **139.** Про участь органів комунального господарства в боротьбі з кишковими інфекціями. **140.** Про санітарне впорядкування колгоспних базарів. **141.** Інструкція, як використовувати кишки та шлунки трупів тварин і птахів для технічних потреб. **142.** Правила зберігання хлорпікрину. **143.** Інструкція для вживання карболки. **144.** Про розвиток лазневої справи на Україні. **145.** Інструкція про організацію масових санітарних походів. Оздоровлення праці. Промсанітарія. **146.** Про роботу медсанцехів і медсанпунктів.
147. Реєстр судово-медичних установ НКОЗ. **148.** Судово-медична організація НКОЗ на 1932 р. **149.** Про Всеукраїнський конкурс на кращу лікпрофустанову (додано положення).

IV. Із діяльности Наркомздоров'я, його управлінь і секторів

1. Про стан швидкої й невідкладної допомоги на Україні. **3.** Стан медсанобслуговування на водному транспорті. **3.** Заходи попередження захорувань на черевний тиф. **4.** До пляну ліквідації малярії в другу п'ятилітку. **5.** Про реалізацію замовлень на дезкамери. **6.** Віспощепна кампанія наближується кінця. **7.** Розгортання курортової кампанії 1932 р. **8.** Медобслуговування членів родини червоноармійців і військово службовців. **9.** Шефство над Богунським полком. **10.** На відзнаку 10-річчя Харківського кабінета суд.-медичної експертизи. **11.** Відзначено 10-річну роботу т. Марзеєва. **12.** Подяка та винагороди за ударну роботу в організації виставки НКОЗ з питань технічної реконструкції охорони здоров'я. **13.** На вшанування пам'яти проф. В. Я. Рубашкіна. **14.** Березівські мінводи — курорт республіканського значення. **15.** Нове в галузі охорони здоров'я. **16.** Реорганізація рентгенінститута. **17.** Із роботи комісії виконання.

V. Із досвіду місць

1) Приклад, гідний наслідування. 2) Чубарівські медробітники — ударники. 3) Про преміювання колективу Яришівської лікарні та її керівника тов. Єнчевої. 4) Подяка й премія лікареві пароплава „Советская Нефть".

VI. Об'яви та повідомлення. Конкурси. VII. Охорона здоров'я за кордоном.

Листи Наркомздоров'я до медробітників України

1. Найближчі завдання здоровохорони в світлі останніх директив партії та уряду*)

У ряді питань охорони здоров'я ми дійшли значних зрушень і досягнень. Радянська охорона здоров'я, спрямовуючи свою роботу відповідно до загальної лінії розвитку народнього господарства, крок за кроком, закріплює свої досягнення й розширює поле своєї діяльности.

Проте, в багатьох галузях ми маємо прориви, недоліки, вузькі місця, причому здебільшого ці прориви виникають з вини органів охорони здоров'я й окремих медробітників. Неуважне ставлення до завдань партії та уряду, до важливих моментів поточного значення, до конкретних вказівок НКОЗ, бездіяльність, безгосподарність, кволі темпи там, де роботу треба розгорнути по бойовому, низький рівень освіти й кваліфікації і свідоме небажання підвищити його, негідні склоки, що їх досі неможна вижити серед медробітників, неусвідомлення величезної відповідальности, яку покладено на медсанорганізацію щодо оздоровлення всієї країни, і щодо кожної окремої хворої людини — нажаль це досить часто зустрічається у нашій практичній роботі, і саме ці моменти правлять за причини згаданих проривів і недоліків.

Я хочу ще раз резюмувати все те, що я багато разів висував у своїх виступах, листах, записках, говорячи за наші хиби й болячки.

Ще раз я перелічу ті заходи, що є наші поточні бойові завдання та що їх здійснити повинен ввесь колектив медробітників.

Я вважаю за потрібне за всяку ціну зміцнити апарати облздороввідділів і райздоровінспектур. Райздоровінспекторів треба, як правило, висувати з числа лікарів районів. На допомогу роботі райздоровінспекторів треба організовувати обласні паради їх, розширити інститути позаштатних інспекторів при райздоровінспектурах і міжрайонних інспекторів, яких прикріпляти до 3-4-5 районів, інструктувати через них ці райони та систематично обслідувати їх.

Ганебні факти Макіївської та Н.-Сирогозької історії достатньою мірою сиґналізують про потребу відкрити рішучу боротьбу з безгосподарністю й крадіжками. Для цього треба насамперед організувати в усіх райздоровінспектурах обліково-технічний апарат в особі статистика або рахівника. Треба встановити безпосередній звязок із периферією, викликаючи з периферії представників для доповідей. Райздоровінспектори повинні систематично обслідувати всі лікпрофустанови свого району, стежити за їхнім станом, підбирати керівників установ так, щоб це були особи, спроможні запроваджувати сувору однонагальність, організувати з місцевих робітників належний господарчий та адміністративно-технічний персонал, повнотою відповідати за впорядкування установи, за одне слово за цілковиту реалізацію в ній шости умов т. Сталіна, за доцільне використання кредитів, за підготовку кадрів на базі данної установи й т. інш.

Треба також практикувати масові обслідування порядком нальотів, тримати зв'язок із групами сприяння РСІ, організувати інститут соцзаступників, інститут членів міськради, прикріплених до окремих медсанустанов — словом, мобілізувати громадську самодіяльність навколо організаційних питань у галузі охорони здоров'я.

Організація пляну зверху донизу з опрацюванням його на виробничих нарадах, з постійною контролею його виконання, — є також обов'язкова умова для зміцнення і впорядкування роботи. Тепер, коли центральний зміст нашої діяльности — підготовитись до 2 п'ятилітки і правильно сплянувати роботу медсанорганізації на 5 років уперед, питання організації пляну і втілення плянового принципу, — набувають виняткового значення.

Які наші головні завдання поточного моменту?

Організувати оздоровну справу

Постановою РНК УСРР з 3 червня 1932 р. на органи охорони здоров'я покладено надзвичайно відповідальний обов'язок єдиного плянування оздоровних заходів. Значення оздоровної справи, не лише практичне, але й політичне — в розумінні її зв'язку з піднесенням продукційности праці, ясно кожному із нас. Оздоровленню Донбасу ми приділяли останнього часу багато уваги і маємо тут певні досягнення. Тепер наше завдання — закріпити ці досягнення і, розви-

*) Скорочена стенограма промови Наркома Охорони Здоров'я УСРР т. Канторовіча на нараді ОЗВ, РЗІ та МЗІ Донбасу 3 — 5 липня 1932 р. Ред.

ваючи далі оздоровну роботу в промрайонах, кинути кращі сили на фронт оздоровлення села, де зроблено ще занадто мало.

Вважаю за потрібне ще раз спинитися, хоча б коротко, на інституті прикріплених лікарів. Якщо кінець-кінцем належить перевести надзвичайні санітарні заходи на плянові рейки, то цього можемо дійти тільки за допомогою прикріплених лікарів, лікпомів і студентів; отже наше завдання — організувати, максимально розширювати і зміцнювати цей інститут. Звичайно, громадські сануповноважені, організація громадської самодіяльности і робітничого активу навколо оздоровних заходів, надання останнім масового характеру тут теж відіграє першорядну ролю. У ставленні господарників до вимог санітарної організації спостерігаються тепер певні зміни в розумінні більшої уважности та усвідомлення відповідальности за санітарний стан підприємства. Наша робота в галузі складання умов з госпорганізаціями на основі санмінімумів і контролі виконання цих умов повинна провадитись, так само, як і запровадження найрішучіших заходів аж до примушення господарників виконувати вказівки санорганізації,— аж до закриття окремих установ Комбінування системи штрафів (обов'язково з особистих сум штрафованих) зі впливом через оголошення в пресі, за допомогою інституту медсанкорів, проти байдужого ставлення до питань санітарно-оздоровної роботи від трестів і об'єднань, з улаштуванням нальотів для обслідування установ за участю профспілкових, комсомольських, піонерських організацій, робітничих бриґад — безумовно дасть ефект, якщо органи охорони здоров'я виявлять у цій справі належну енерґію та впертість. Міжрайсанстанції і санбакінститути мають певно визначити обсяг своєї участи в цій роботі і широко розвинути її.

Окремі ділянки оздоровної роботи — водопостачання, особливо на селі, асенізація й очистка залюднених місць, зелені насадження, впорядкування стану гуртожитків, їдалень, підприємств, шкіл, базарів, житлокоопів — повинні бути об'єктами постійного й непослабного нагляду медсанорганізації. Треба встановити щільний контакт з місцевими комгоспами, примусити їх організувати вбиральні загони, повнотою використати інститут двірників, домогтися організації санміліції, приділити виняткову увагу стану місць загального користування, різниць. Треба видати спільно з НККомгоспом і Головміліцією ряд обов'язкових постанов щодо комунальної та житлової санітарії. Свій плян робіт на 1932 р. НККомгосп повинен реалізувати повністю, зокрема — треба вжити заходів до організації НККомгоспом у достатньому розмірі виробництва асенізаційних діжок. Так само Маріюпільський завод мусить не тільки не скорочувати, а навпаки значно розширити свою діяльність, щоб повністю задоволити потребу в пересувних лазнево-пральневих уставах.

Хай українська санорганізація поставить своїм завданням поточного року привести великі промислові міста і робітничі селища в Донбасі в найкращий санітарний стан, зробити чистоту їхньою відмінною рисою. У нашому розпорядженні — ряд засобів для цього, починаючи з настановлень, оформлених законодавчим порядком, і кінчаючи нашою власною ініціятивою та енерґією.

Окремо підкреслюю потребу організації масового робочого відпочинку, фізкультури, значення туризму й екскурсій, участь охорони здоров'я в організації дачної справи. У пляні оздоровних заходів другої пятилітки цим питанням віддано виняткову увагу.

Широко розвинути протиепідемічну роботу

Випадки черевного тифу й інших кишково-шлункових захорувань, зв'язаних з літом, загроза вибуху висипного тифу восени, дитячі інфекції — викликають потребу найуважнішого ставлення до протиепідемічних заходів. Наслідки кампанії віспощеплення доводять, що належна організація прищепної роботи і рішучі методи її запровадження дають надзвичайний ефект. Отже, прищепну кампанію треба розгорнути в якнайширшому розмірі, притягаючи до неї ввесь медперсонал і студентів-медиків, що їхньою роботою треба керувати цілком конкретно; закінчити поголівне віспощеплення, організувати належний облік його, завести постійний штат віспощепіїв притягуючи на роботу в цій галузі також учителів. Треба обов'язково скрізь провести місячник чистоти, суворо стежити за виконанням зобов'язань господарників щодо будівництва пошесних бараків, ізопропунктів, хлорпікрінових камер, найпростіших дезкамер, надання транспорту для перевозу інфекційних хворих; широко розгорнути будівництво примітивних лазень і пралень, сприяти поширенню роботи Тсоавіяхему, примусити БАУ обов'язково і невідмовно здобути й дати потрібні дезінфекційні засоби, зокрема — сірку; активувати роботу надзвичайних санітарних комісій, вжити всіх заходів до розширення шпиталізації інфекційних хворих — відновити пошесні

бараки, розгорнути додаткові ліжка, не припускаючи жодного випадку відмовлення шпиталізувати інфекційного хворого — чи дорослого, чи то дитини; рішуче боротися з вошами, блощицями, мухами, піднести на належний рівень санітарію й чистоту в харчовій справі, вперто борючись із кишково-шлунковими інфекціями, харчовими отруєннями, пильно стежачи за станом водопостачання (хлорування води, лябораторна контроля) і т. ін. Треба пам'ятати, що поточний момент надзвичайно відповідальний, що окремі епідемічні вибухи перш за все свідчать за недостатню й нечітку роботу санорганізації і що всякий новий випадок віспи або висипного тифу стає для неї ганьбою. Тому, протиепідемічні заходи маємо провадити виключними темпами, бойовим порядком, втілюючи в свідомість господарських організацій і широких мас людности розуміння виняткової важливости цих заходів.

Міцною зброєю тут повинна бути саносвітня робота, яка перебуває в великому занепаді. Потрібно надати їй характер масової санпропаґанди, покрити периферію сіткою саносвітбаз і сангігконсультацій, особливо на виробництві; організовувати виставки, радіофікувати і поступово кінофікувати нашу сітку, широко використовувати плякати, діяграми, картограми, вивішуючи їх у чекальнях і коридорах поліклінік та амбуляторій. Хай кожний лікар у поліклініці або амбуляторії час від часу виходить у прийомну і читає хворим коротеньку лекцію на ту або ту тему; зробившись звичаєм, традицією, цей захід матиме велику вагу для розширення санписьменности.

Розширити сітку лікпрофустанов і підвищити якість профдопомоги

Сітку ми цього року повинні розширити за всяку ціну. В цій справі я надаю надзвичайне значення матеріяльній допомозі від колгоспів щодо організації пологової допомоги, відкриття ясел, амбуляторій, консультацій. Медсанорганізація й собі теж має дійти переважного обслуговування колгоспників своєю сіткою, дати колгоспникам всі види меддопомоги й особливо забезпечити меддопомогою сільсько-господарські кампанії. Щільно підійти до села — ось одне з наших головних поточних завдань.

Потреба розширити сітку висуває ряд питань про забезпечення нових лікпрофустанов приміщеннями через надбудову, добудову, придбання і відвод будинків від місцевих органів влади, повернення приміщень, що будьколи належали медсанвідомству, виселення приватних мешканців, нарешті, через рішучу боротьбу за виконання плянів медсанбудівництва поточного року, використання місцевих ресурсів будматеріялів, спрощене та здешевлене будівництво. Ми повинні забезпечити хоча б найбільші трести та будорганізації санітарною компетенцією, піднести на належну височінь роботу сантехрад.

Основні засади лікувально-профілактичної справи завжди повинні бути в центрі уваги органів охорони здоров'я: наближення меддопомоги до виробництва і до соцсектора села зі збільшенням кількости медсанцехів і медпунктів і розгорненням усього комплексу їхньої роботи, організація профілактичних участків на селі, перевід усієї сітки на систему єдиного диспансеру, розширення спецвидів меддопомоги. Треба належним чином організувати обслуговування комскладу, червоноармійців, студентства, звернути увагу на нацрайони, особливо виділити обов'язки щодо економічно-відсталих районів, де плян роботи треба не лише виконати, а й значно перевиконати; розгортати пункти першої допомоги, нічні чергування, які майже ніде не організовані, поліпшити допомогу на дому.

Увага до питань охматдиту останнього часу зменшилась. Проте, потреба розширити сітку установ охмадиту, в тому числі пересувних, невпинно зростає. Боротьба з абортами й організація виробництва протизачаткових засобів набуває вирішальної ваги в справі зниження захворувальности серед жіночого пролетаріяту і колгоспниць. Я вважаю за потрібне присвятити цій галузі значну частину нашої саносвітроботи, маючи на увазі питому вагу питань збільшення народимости в другій п'ятилітці.

Стан і робота лікпрофустанов потрібують невпинного поліпшення. Недоліки цією лінією висвітлено досить. Я вважаю за потрібне насамперед, щоб здоровінспектури негайно взялися за ремонт медсансітки і повнотою закінчили його цього року. Далі належить скрізь зайнятися підбором адміністративно-господарського персоналу по лікпрофустановах, налагодити відчитність, найрішучіше боротися з крадіжками, з безгосподарністю, примушуючи винних повнотою покривати матеріяльні збитки, що вони завдали установі.

До цього часу в наших установах немає одноначальности, й це наша провина, бо ми не утворюємо належної обстановки для втілення цього принципу. Яскравий приклад — умови, в яких працює проф. Шамов, один із найвидатніших спеціялістів України, директор всеукраїн-

ського інституту переливання крови. Посідаючи всі права, як одноначальник, зав. хірургічної клініки, проф. Шамов не може звільнити з клініки психічно-неврівноважену сестру-жалібницю, яка заважає йому в роботі аж до того, що він готовий через неї поїхати геть з України, але яка залишається на своїй посаді, бо має в клініці якусь сильну „руку". Факт неймовірний, але факт, і таких фактів не може і не повинно бути. Одноначальність треба запроваджувати зверху до низу.

Життя установ підлягає перебудові на засадах 6 умов тов. Сталіна. Я особливо підкреслюю значення ліквідації зрівнялівки: її треба запроваджувати з виключною чіткістю та суворістю, не спиняючись перед тим, щоб зовсім звільняти з установи тих, хто працює незадовільно. Методу заохочування персоналу треба взагалі застосувати якнайширше, вживаючи преміювання, оголошення в пресі, вміщення біографій і фотографій найкращих робітників у газетах та медичних журналах і головне поліпшуючи матеріяльно-побутові та правові умови персоналу. Я закликаю рішуче вдарити по всіх тих, хто, як Сафонов у Н.-Сирогозькому районі, утворює тяжкі умови для роботи медробітників.

Категорично пропоную піднести санітарний стан лікпрофустанов, підвищити рівень дисципліни, поліпшити якість ліжка, якість обслуговування хворого. Той керівник установи, що не усуває недоліків у цих галузях, заслуговує на найсуворіші заходи впливу. Звертаю увагу на організацію допоміжних господарств, які, з одного боку, поліпшують матеріяльне становище установи, а, з другого — є засіб поліпшити побутові умови робітників, отже, боротися з плинністю персоналу.

Порядком заходів якісно поліпшити наші установи треба якнайширше організувати і розгорнути виробництво інструментарію, медичної меблі, встаткування, речей догляду хворих; звернути серйозну увагу на стан медикаментозного постачання. Особливо треба забезпечити бинтами, аптечками, ношами медсанпункти на підприємствах.

Обов'язково треба організувати контроль за аптечною справою на місцях. ВАУ повинно дати аптекам сироватки, вакцини деззасоби і всі медикаменти, що є в його розпорядженні, і вжити заходів до забезпечення для охорони здоров'я тієї кількости лікарських трав, яка потрібна для виробничих цілей.

Новий важливий чинник радянського життя — колгоспні базари — потрібують організації обслуговування їх медсандопомогою. Базари треба забезпечити пунктами першої допомоги, заходами лінією охматдиту (хоча б примітивні консультації), крамницями і лотками санітарії і гігієни й особливо приділити увагу саносвітроботі.

Утворити нові кадри свідомих та освічених медробітників.

Дефіцит кадрів — найгостріше питання сучасної медсанроботи. Ми маємо розв'язати його, з одного боку, провадячи невпинну роботу готування нових кадрів через широке застосування заочного й виробничого навчання, розгорнення курсів підготовки до виробничих ВИШ'ів і технікумів, організацію науково-учбових комбінатів і масових університетів не тільки в містах, але й на селі. Якщо в Одесі в одному з радгоспів організували масовий університет, то це можуть зробити й інші області, і це справа виключної ваги. Сектор кадрів і облздороввідділи мають негайно взятися за впорядкування наших ВИШів і технікумів, виявити причини великого відсіву, що спостерігається цього року, примусити ВИШ'і і технікуми зайнятися заготівлею продуктів для студенства, організувати гуртожитки і комуни, як це зробив Київський медВИШ. Становище Київського і Дніпропетровського медвузів тепер досить тяжке. Треба, щоб директори цих вузів перебудували їхню роботу і привели їх у належний стан. З огляду на недостатню якість готування кадрів, треба підсилити вимоги до прийому та в процесі учоби, налагодити колективну й індивідуальну перевірку, облік та розподіл; активно притягати професуру до опрацювання академічних питань, розробити положення про раду професорів при медВИШ'ах і технікумах і вжити заходів до того, щоб ця рада дійсно працювала; організувати інститут позаштатних асистентів.

Професуру треба також притягти до найактивніщої участи в конкурсних комісіях, в комісіях підбору аспірантів та інтернів. До цієї останньої справи треба підходити дуже обережно, встановивши, як правило, заміну нездібних аспірантів та інтернів іншими, урахуючи рекомендації окремих професорів, обов'язково підбираючи аспірантів та інтернів із периферії.

З другого боку — ми повинні краще й раціональніше організувати використання наших наявних кадрів. Так, наприклад, щоб більше забезпечити село медкадрами, я вважав би за

корисне надсилати лікарів із міст на село на 3 місяці, на півроку з тим, щоб після закінчення цього терміну обов'язково повертати їх до місця колишньої служби. Далі треба широко поставити справу підвищення кваліфікації, прикріпляти медперсонал на певний період до найкращих лікпрофустанов, організувати наукові відрядження, лікарські конференції, постачати спеціяльну літературу. Слід вивчити ввесь наш командний склад, починаючи з наркомату аж до дільничних лікарів, застосовуючи обслідування, виклики для доповідей з місць, контролю виконання, і в наслідок такого вивчення правильно поставити таку надзвичайно важливу справу, як висування і просування.

Поруч цього, слід організувати правильну боротьбу з дезертирством, обов'язково налагодити облік, притягати дезертирів до відповідальности.

Роля науково-практичних інститутів та їхніх опорних баз в реалізації всіх основних заходів, що їх висунув наркомат, і зокрема — в справі забезпечення кадрів — надзвичайно велика. Отже, треба максимально зміцнити інститути і розширити сітку науково - опорних баз на периферії.

Є ще багато моментів нашої роботи, що на них треба спинитися. Підкреслюю ще потребу встановити щільний контакт у роботі з УЧХ та його місцевими філіями, за всяку ціну забезпечити інтенсивний розвиток діяльности т-ва оздоровлення праці й побуту, приділити належну увагу справі раціоналізації та винахідництва, систематично й докладно опрацювати питання, зв'язані з технічною реконструкцією охорони здоров'я, обізнавшися з закордонним та союзним досвідом у цій галузі. Це останнє питання є одне з основних питань другої п'ятилітки і треба, щоб сектори, інститути, області і вся периферія втягнулися в роботу технічної реконструкції.

Зважаючи на обмеженість коштів, що є в роздорядженні охорони здоров'я, місця мають виявити максимальну ініціятиву та активність у справі мобілізації коштів з усіх належних джерел. Найвашливіші принципові та практичні заходи треба запроваджувати через партійні комітети, виконкоми, міськради й особливо — не забувати про велике значення громадської самодіяльности. Тут насамперед стоїть завдання зміцнити т-ва оздоровлення праці й побуту. Що більший буде наш здоровохорончий актив, що ширші маси будуть обізнані і зацікавлені питаннями оздоровлення побуту й праці, то більше буде забезпечено успіх нашої роботи, то швидше й повніше ми здійснимо ті великі й відповідальні завдання, що їх нам треба виконати.

Я закликаю апарат Наркомздоров'я, облздоровввідділи і через них усю медсанорганізацію периферії усвідомити значення цих завдань і напружити зусилля в боротьбі за оздоровлення країни, за найкращу охорону здоров'я будівників соціялізму.

2. Головні частки роботи облздоровввідділів на найближчий час

Тов. Молотов у промові своїй на Всеукраїнській конференції КП(б)У, аналізуючи причини недоліків у роботі колгоспів, зазначав, що сигнали про такі недоліки надто пізно доходили до керівних організацій України і відмітив, що „певне значення тут мало те, що керівні органи України до останнього часу мали справу з 400 з чимсь районів. Слід визнати, що при цьому практичне керування районами не було забезпечене. Тому, утворення областей на Україні має велике позитивне значення. З дебатів на конференції видно, що завдяки организації областей, ми ближче підійшли до керування районами...".

Оце зауваження т. Молотова такою самою мірою можна застосувати не лише до сільського господарства, але й до всіх галузей народнього господарства, в тому числі й до справи охорони здоров'я в районах. Треба сказати, що НКЗдоров'я УСРР, хоча й уживав усіх можливих заходів, щоб якнайближче зв'язатися з районами лінією охорони здоров'я, щоб реальніше здійснити практичне керування ними (пляново провадилися виборочні обслідування роботи районів, проведено ряд міжрайонних нарад, відбулися Всеукраїнські наради, що обговорили найважливіші завдання поточного порядку, у бюлетені НКЗдоров'я друкували провідні статті, директивні та інструктивні вказівки поряд широких інформацій про роботу НКОЗ — проте, ці всі заходи будьякою мірою не змогли повнотою забезпечити те *практичне* безпосереднє керівництво, що поклала на НКОЗ постанова про ліквідацію округ. І от, безперечно, теперішні області якнайкраще можуть і повинні відшкодити згадану прогалину.

Треба визнати, що й самі області вже на початку своєї організації усвідомили потребу якнайщільніше підійти до районів.

Відклавши на деякий час розв'язання ряду інших поточних питань, облздороввідділи розпочали практично ознайомлюватися із станом охорони здоров'я в районах, почали фотографувати ряд здоровоохорончих моментів і процесів із тим, щоб на основі зібраного матеріялу про фактичний стан охорони здоров'я, про дійсні потреби медіко-санітарних закладів, перевірені на місцях, побудувати плян своєї найближчої роботи й заходів. Щоправла, одні облздорови зробили це більшим масштабом і поглибленіше: Одеський облздоровіддіЛ, напрликад, зорганізував ряд бриґад, розбив усі райони области на невеликі групи, відрядив туди бриґади, заборонивши їм звідти повертатися, аж поки вони повнотою но встановлять стан охорони здоров'я в кожній одиниці, що є в районі. Київский облздоровідділ спромігся ознайомитися, хоч и не так уже поглиблено, із станом здоровоохорони мало не в 60 районах, віддавши особливу увагу найважливішим із них (з тих або тих моментів). Харківський ОЗВ теж ознайомився із станом охорони здоров'я близько 70—75% своїх районів.

Отже найближче й найважливіше завдання облздоровідділів—це довести до кінця ознайомлення з районами, глибше вивчити їхні запити й потреби, схвалити ряд основних рішень для зміцнення й поліпшення стану здоровоохорони в них і *негайно же приступити до реалізації своїх же настановлень і попередніх директив Наркомздоров'я*,

За один із основних моментів в цьому напрямкові править потреба ґрунтовно переглянути склад керівних робітників охорони здоров'я в районах — райздоровінспекторів. Од якісного складу цих робітників, од правильного розуміння ними чергових завдань охорони здоров'я від, належної їхньої ініціятивности й твердости в запровадженні основних директив у справі охорони здоров'я, від уміння обстоювати потреби здоровоохорони в районних провідних організаціях, від уміння створити громадське оточення й допомогу у питаннях охорони здоров'я — залежить авторитет інспектури здоровоохорони серед маси медробітників району, державних та громадських організацій.

Друге завдання — це поповнити кадри медробітників усіх категорій, що кількісно не можуть уже задовольняти дедалі збільшувані вимоги щодо медсанобслуговування (а подекуди за останні 1-1$^1/_2$ роки — нема чого потаювати — лави медробітників таки порідшали...), особливо в умовах чималого зростання нашої медсанмережі. Можливість для цього є скрізь по районах, бо вони мають достатню кількість медичних технікумів ріжних фахів, мають достатню кількість курсантів заочного навчання та досить розвинену вже сітку виробничих лікарень-ВИШ'ів і технікумів.

Крім цього, за винятком Винницького облздоровідділу решта ОЗВ мають достатній резерв медробітників різних фахів і напрямків у своїх великих міських центрах та ряді інших міст области. Відряджувати для роботи на селі певну частину міських робітників порядком громадської добровільности із визначенням певного не дуже довгого терміну роботи на селі, за неодмінної умови утворити медробітникові сприятливі умови роботи на селі (забезпечення кватирою, зберігти кватиру медробітника в місті на час його роботи на селі, забезпечити пайкою тощо) — річ цілком реальна та можлива. Питанню матеріяльно-побутового стану медсанперсоналу на селі, треба віддати негайно вже максималькну увагу, без чого стає загроза не вкомплектувати сільські кадри і навіть не зберігти ті, що є тепер.

Трете кардинальної ваги питання — це стан бюджетів всіх районних одиниць охорони здоров'я. Бюджети переважною більшістю не задовольняють багатьох потреб медсанорганізації. Вага бюджетових питань тепер збільшується через значне зростання вартости медпостачання всіх видів, через труднощі приставити паливо та впоратися із справою реалізації нарядів на постачання промтоварами та інш.

Треба уважно вивчати та вишукувати додаткові фінансові джерела та поліпшити бюджетовий стан особливо слабих одиниць; потрібна широка мобілізація позабюджетових коштів через застосуванння у відповідних випадках директив НКОЗ, притягувати кошти госпорганів і промпідприємств згідно з чинними постановами уряду: треба широко й щільно пов'язувати роботу медсанустанов із колгоспами, дістаючи від останніх певну матеріяльну допомогу, щоб якісно поліпшити медобслуговування трудящого селянства.

Бюджетовим питанням у розумінні підготови до бюджету 1932 р. треба вже тепер віддати максимальну увагу — і лінією місцевого бюджету, і щодо фонду медопомоги застрахованим. Через те, що у III-IV кварталах поточного року є підстава сподіватися деякого додаткового збільшення асигнувань із цього фонду, треба негайно вже подати обґрунтовані заяви для сільської мережі, всіма засобами обстоюючи їх у відпов'дних інстанціях.

Питанню розвинення власних господарств при лікустановах, що є чинником додаткових харчових ресурсів і для хворих і для медсанперсоналу приділити дуже велику увагу в діяльності

Треба вже тепер домогтися, щоб лікустановами відрізали потрібні земельні ділянки, забезпечили їх засівним матеріялом та тим самим самим зміцнили господарську базу лікустанов, а від облздоровввідділів треба організувати правильне та систематичне аґрономічне керівництво цією галуззю роботи лікустанов, поставивши справу так, щоб восени цього року лікустанови засвоїли цілком свої земельні ділянки на базі викладених від облздоровввідділів аґрономічних плянів. *)

Дальший дуже невідкладний момент у роботі ОЗВ — це перевірити реалізацію та здійснення плянів і заходів, передбачених і забезпечених бюджетами на 1932 рік. Цьому питанню треба приділити величезну увагу, бо перевірка, яку провів НКОЗ минулого року напочатку другого півріччя, довела, що чимала частина районів з тих або тих причин реалізувала свої бюджети тільки на 18-20-24% замість 50%, що належало реалізувати за півріччя.

Цілковита — на 100%-реалізація бюджету, плянів і заходів охорони здоров'я—ось гасло, що ним треба керуватися і обласним і районним організаціям охорони здоров'я, а це стає можливим лише за найтіснішого систематитного й постійного контакту між облздоровввідділом та його районами.

Крім визначених тут питань, є, безперечно, ще ряд моментів і пляпового і поточного порядку, що від виконання їх залежить правильна робота лікустанов. Це, насамперед, справа забезпечення їх паливом, а це треба зробити вже тепер до початку осіннього бездоріжжя, далі — провести поточні ремонти та будівництво, вглибити санмінімум по медсанзакладах, не говорячи вже про такі великі питання, як організація підготови та перепідготови кадрів всією системою ліззакладів, де є для цього хоч будьякі можливості, побудувати роботу лікувальних установ на засадах оперативно - господарчого плянування й на основі виконання шости настановлень тов. Сталіна. Треба ще додати, що облздоровввідділам треба здійснювати міцний невпинний зв'язок і з районами, і з НКОЗ, бо є числені випадки, коли ОЗВ не відповідають на дуже термінові оперативні запитання від НКОЗ, що стосуються близько інтересів їх же самих.

Звертаючись до діяльности РЗІ та їхніх обов'язків, треба зазначити, що організацією областей їх поставили в набагато сприятливіші умови роботи, бо фактичне й практичне керівництво безпосередньо наблизилося до них. Треба райздоровінспектурам широко використовувати теперішній стан і рішуче в усіх питаннях, яких не можуть вони самі розв'язати, звертатися безпосередньо до ОЗВ. Райони повинні тримати щільний зв'язок з ОЗВ, своєчасно відповідаючи на всі запитання облздоровввідділу, систематично подаючи йому планові, статистичні та інші відомості, на основі яких будується і плянова, і вся оперативна робота ОЗВ.

Наприкінці слід згадати слова тов. Молотова на Всеукр. парт. конференції: „зміцнення районних організацій, що є нашою основною опорою в соціялістичній перебудові сільського господарства, мусить бути в центрі уваги всіх наших органів. Це повинні пам'ятати також і організовані недавно обласні організації на Україні".

II. Всеукраїнська нарада завідателів обласних відділів охорони здоров'я та здоровінспекторів Донбасу

Нарада відбулася 3-5 липня 1932 року в м. Харкові.

Резолюції та постанови наради

Затвердив Нарком охорони здоров'я т. **Канторовіч**. 20 липня 1932 р.

1) Питання пляново-економічної роботи *(доп. тов. Каган С. С.)*

А. До пляну другої п'ятилітки

1. Відзначити, що обласні здоровввідділи не впоралися подати до НКОЗ на встановлені строки цілком конкретні пляни 2-ої п'ятилітки, за винятком Дніпропетровського облздоровввідділу. Причиною цього сталося те, що період складання другої п'ятилітки припав на ще незакінчений

*) Про аґрономічну консультацію й допомогу див. обіжний лист НКЗС у цьому таки нумері бюлетеня. — Ред.

період організаційного формування обласних відділів охорони здоров'я, комплектування їх та збирання відповідних матеріялів. У всякому разі неодержання НКОЗ вчасно плянів областей довело до того, що проект першого варіянту другої більшовицької п'ятилітки охорони здоров'я, що його склав та подав до Держпляну НКОЗ, не зміг відбити плянові накреслення областей.

2. Пересунення строку подання першого варіянту пляна другої п'ятилітки до центральних плянуючих органів утворює повну можливість виправити цей недолік загальної роботи, але це можливо лише за умови напруження сил обласних органів охорони здоров'я й подання до НКОЗ своїх конкретних плянів до закінчення знов установлених строків подання матеріялів.

3. Загальною хибою в роботі областей по опрацюванню матеріялів до другої п'ятилітки охорони здоров'я, а так само складання самого пляну є відсутність у цій роботі участи широкої маси медичного персоналу, участи робітництва промисловости, колгоспних мас, ЛКСМУ, активу охорони здоров'я та решти профспілкової маси.

Без широкої участи всієї маси трудящих у роботі складання другої п'ятилітки плян областей не зможе відбити дійсні потреби справи охорони народнього здоров'я на другу п'ятилітку і безперечну силу раціоналізаційних пропозицій в цій галузі.

Тому, перед усіма органами охорони здоров'я, починаючи з обласних органів і аж до окремих установ, стоїть надзвичайно важлива і термінова робота популяризувати свої плянові накреслення на другу п'ятилітку серед найширших верств людности, одержати від неї думки на свої плянові накреслення, урахувати всі конкретні пропозиції та побажання трудящих, відбивши їх в остаточно зведених плянах.

4. Серед численних засобів популяризувати другу п'ятилітку охорони здоров'я або окремі питання другої п'ятилітки та забезпечити широку участь робітничої, колгоспної та профспілкової маси в роботі складання пляну охорони здоров'я повинна відограти ролю і загальна, і медична преса, що її досі майже не було використано.

Перед обласними органами охорони здоров'я стає завдання усіма засобами використати негайно могутнє знаряддя — більшовицьку пресу, приділяючи в цьому особливу увагу висвітленню питань із досягнень науково-практичних інститутів та вирішенню основних проблем.

Б. У галузі обліку та статистики

Констатувати, що облздороввідділи ще неповною мірою уявили собі вагу на даному етапі соціялістичного будівництва обліку й звітности, як основних засобів спостереження за виконанням плянів, а так само для складання плянів надалі.

Більшість облздороввідділів:

1) не організувала, як слід, виконання навіть тієї невеличкої частини обліково-статистичних робіт, що їх НКОЗ передав до облздороввідділів;

2) не забезпечила потрібною кількістю підготовленого статапарату, своєчасного подавання до НКОЗ повних і доброякісних матеріялів;

3) порушує на значний час встановлені календарні реченці подавання статзвітів, тим самим позбавляючи НКОЗ змоги мати будь яку уяву про стан тої або тої галузі охорони здоров'я;

4) не стежить та не форсує вкомплектування статапаратів у міськрайздоровінспектурах;

5) не вживає будьяких заходів, щоб підготувати та перепідготувати кадри медсанстатистиків і для апаратів міськрайздоровінспектур, і для медсанустанов;

6) не налагодила живого інструктажу периферії та не перебудувала обліку в такий спосіб, що забезпечував би своєчасне подавання від медсанустанов у певні реченці вичерпних і правильних звітів.

Виходячи із згаданого, облздоровввідділи повинні:

1) Протягом липня місяця вкомплектувати групи обліку й статистики облздоровввідділів з тим, щоб забезпечити вже напринкінці року виконання всіх обліково-статистичних робіт, що їх НКОЗ має передати облздоровввідділам;

2) вжити найрішучіших заходів, щоб протягом липня й серпня місяців міськрайздоровінспектури вкомплектували свої статапарати;

3) протягом 3 кварталу утворити курси підготовки та перепідготовки медсанстатистиків міськрайздоровінспектур та перепустити через курси не менш, як 50% потрібної для міськрайздоровінспектур кількости статистиків;

4) запропонувати великим міськрайздоровінспектурам організувати протягом 2-го півріччя 1932 р. міські та районові курси підготовки та перепідготовки реєстраторів та статистиків медсанустанов;

5) негайно ліквідувати всю власну заборгованість облздоровввідділів зі звітности перед НКОЗ та організувати негайне ж подання до НКОЗ та ОблЗВ усіх тих звітів, які ще МРЗІ, не зважаючи на закінчення термінів, не подали;

6) налагодити живий інструктаж МРЗІ в галузі обліку й статистики з таким розрахунком, щоб не менш, як 50% районів було охоплено протягом 2 півріччя, вживаючи безпосередні виїзди на периферію, а також інструктивні наради при облздоровввідділах;

7) піднести на потрібну височінь якість подаваних звітів;

8) встановити найсуворішу дисципліну щодо своєчасного одержання від периферії та своєчасного подання до НКОЗ встановленої звітности;

9) скласти оперативного пляну організації й обліку статробіт в області на 2 півріччя та не пізніше 25-VII подати його до сектору обліку та статистики НКОЗ.

В. У галузі фінансування

1. У найкоротший термін одержати, розглянути та затвердити всі кошториси районів на 1932 р. з фонду медичної допомоги застрахованим і найпізніше 20 липня подати до НКОЗ зведені відомості по кожній області в районному розрізі.

2. Зажадати від здоровінспектур звіта на виконання кошторисів із фонду меддопомоги за перше півріччя й подати зведені звіти до НКОЗ найпізніше 1 серпня.

3. Встановити заборгованість окремих соцстрахкас та страхпунктів на 1 липня 1932 р. з асигнувань на медичну допомогу, ясла та молочні кухні та одержати негайно ці гроші, поставивши питання про цю заборгованість в обласних КК РСІ, прокуратурі, партійних та профспілкових організаціях.

4. Взяти найактивнішу участь у роботі облфінвідділів щодо розглядання місцевих бюджетів, виділивши для виконання цього доручення окремих відповідальних співробітників. Закінчивши розглядання кошторисів, подати до НКОЗ зведені відомості про кошторисні асигнування на охорону здоров'я — за розгорнутою номенклятурою.

Домогтися додаткових проти визначених у контрольних цифрах асигнувань, оскільки бюджетові надходження по багатьох районах значно перевищують суми прибутків, передбачені в контрольних цифрах.

5. Винницькому, Київському та Дніпропетровському облздоровввідділам подати негайно зведені звіти про виконання місцевого бюджету за 1931 рік. Усім облздоровввідділам — подати негайно відомості про матеріяльні показники місцевого бюджету на 1 січня 1932 року.

6. Удосконалити складений від НКОЗ в районному розрізі єдиний фінансовий плян на 1932 р. та подати його до НКОЗ найпізніше 15 липня. Вжити найенергійніших заходів до мобілізації коштів по районах і подати до 31 липня до НКОЗ зведені звіти про виконання єдиного фінпляну за перше півріччя.

7. Міським і районним здоровінспектурам: Горлівській, Костянтинівській, Чистяківській Макіївській, Криворізькій, П'ятихатській, Риківській подати негайно звіти про використання коштів, одержаних 1931 року від НКОЗ на будівництво.

2) Питання організації управління та перевірки виконання *(допов. т. Єфімов О. О.)*

1. Визнати, що апарати облздоровввідділів протягом 1 півріччя б. р. хоча й укомплектовані кількісно більш менш задовільно, але якісно вони по деяких облздоровввідділах (зокрема Харківському та Вінницькому) складаються з осіб, що працюють за сполученням, або що мають надто недостатню кваліфікацію та досвід.

2. У значно гіршому стані перебуває районовий апарат, де з 10 до 20% посад райздоровінспекторів не заповнені, біля 20% наявних райздоровінспекторів підлягають заміні і більшість РЗІ працюють за сполученням.

Завдання НКОЗ—поповнити районові апарати понадштатними інспекторами-фахівцями й технічними робітниками—виконала лише незначна частина районів.

3. Безпосередній зв'язок з підпорядкованими районами облздоровввідділи налагодили в межах від 60 до 100% до загальної кількости районів, але зв'язок цей ще не має постійного характеру; обласну нараду райздоровінспектур досі організував лише Одеський облздоровввідділ, інститут міжрайонових позаштатних інспекторів або зовсім ще не організовано, або практично майже не використовується (Вінниця); недостатню увагу приділяють ОЗВ також питанням керівництва роботою міжрайонових установ.

4. Справа розвитку громадської самодіяльности забирає у роботі облздоровввідділів одна з другорядних місць; наслідком цього робота ЄТОПіП'у (єдиного т-ва оздоровлення праці й побуту перебуває по областях (за винятком Одеської) у зачатковому стані, а на Вінниччині навіть обласний комітет цього т-ва ще не розпочав своєї роботи.

5. Проблема боротьби за зниження захорувaности, як одна з основних завдань теперішньої доби.— у роботі більшости облздоровввідділів не має конкретного оформлення і розпливається в їхній поточній діяльності.

6. Облздоровввідділи не розгорнули впертої більшовицької боротьби за здійснення по медсанзакладах шости настановлень тов. Сталіна, наслідком чого немає ні обліку наслідків, ані оперативного керівництва у цій справі.

7. Хоча більшість ОЗВ приступили до оперативного плянування своєї роботи, але справи плянування роботи периферійних органів та установ охорони здоров'я — вони ще не опанували, і по районах плянування поточної діяльности ще далеко не набуло належного розвитку і застосовується лише в меншій частині районів.

8. У цілком незадовільному стані перебуває справа організації й контролю виконання і в обласному обсязі, і майже по всіх районах.

9. Виконання директив Наркомздоров'я, відповідне їх опрацювання і зниження до міст і районів та організація своєчасного подавання відомостей (зокрема статистичних) до центру, організовано майже по всіх облздоровввідділах незадовільно, і зокрема по Харківському спостерігаються випадки, коли директиви НКЗдоров'я затримуються в апараті без будьякого опрацювання протягом місяця й більше.

10. Так само у надто неповному вигляді і до того ж з великим запізненням одержують облздоровввідділи відомості і звітність від їхньої периферії.

11. Недостатню увагу приділяють облздороввідділи справі господарчого зміцнення підпорядкованих районів; наслідком цього ремонтна кампанія по районах або, зовсім ще не розпочиналася. або лише тепер помічається деяке зрушення в цій справі; жодних заходів, щоб повернути медсанзакладам їхні приміщення, що були незаконно відібрані на місцях,—облздоровідділи не здійснюють і навіть не мають обліку таких приміщень; допоміжні господарства і мобілізація місцевих матеріяльних ресурсів на потреби медсанспрали розвиваються на периферії самопливом і дуже недостатні розміром.

Виходячи з наведених даних, нарада доручає облздоровідділам:

1. Протягом місяця закінчити комплектування їхніх апаратів, дбаючи в той же час за скорочення сполучування посад (зокрема технічних) та за притягнення до апарату кваліфікованіших робітників і кращих фахівців.

2. Разом із сектором кадрів НКОЗ протягом 2 місяців укомплектувати всі посади райздоровінспекторів і замінити інспекторів, нездатних для цієї роботи, домагаючися в той же час цілковитого виконання по всіх районах директив НКЗдоров'я притягувати до роботи в райздоровінспектурах галузевих інспекторів порядком сполучення і запрошувати технічних робітників.

3. Протягом липня по всіх областях провести обласні наради районних і міських здоровінспектур. остаточно виточнити списки понадштатних міжрайонних інспекторів і навантажити їх практичною роботою, також налагодити оперативне керівництво діяльністю міжрайонних установ, розмежувавши і конкретно визначивши райони їхньої діяльности.

4. Виключну увагу приділити справі організації і контролю виконання та оперативного плянування всієї роботи зверху й донизу під гаслами боротьби за зниження захоруваности, за розвиток громадської самодіяльности у справах охорони здоров'я. за втілення в роботу медсанустанов шости настановлень тов. Сталіна, за організаційно-господарче зміцнення медично-санітарної мережі і за організацію потрібного обліку та звітности від району (міста) до области і від области до центру.

3. Протиепідемічна робота 2 півріччя 1932 р.

(*Доп. т. Хармандар'ян Г. І.*)

Найголовніші та найвідповідальніші завдання органів охорони здоров'я на друге півріччя 1932 р. є:

а) попередити масові захорування на кишкові інфекції: черевний тиф, паратиф, дизентерію,
б) не припустити епідемічних вибухів висипного тифу восени та взимку.

I. Кишкові інфекції:

Всі органи охорони здоров'я поточного року повинні взяти тверді настановлення на те, щоб не тільки не припустити збільшення черевного тифу на Україні, але за всяку ціну домогтися різкого зниження захорувань на черевний тифі в республіці, і особливо в промислових центрах районів і на новобудах.

Щоб здійснити ці завдання, треба:

1) Найближчого ж часу і ні в якому разі не пізніше 15 липня скрізь закінчити щеплення проти черевного тифу, згідно з пляном, що його затвердив НКОЗ.

2) Тепер же скрізь по промислових районах, містах, радгоспах розпочати систематичні щеплення проти черевного тифу всім знову прибулим робітникам та їхнім родинам, домагаючись 100% охоплення повноцінними щепленнями всіх нових робітничих кадрів.

3) До здоровінспектур, які не виконали пляну щеплень на 15 липня, а також господарників, які в цій справі не чинили органам охорони здоров'я належної допомоги й гальмували прищенну кампанію, вжити найрішучіших заходів аж до притягнення до права, влаштовуючи показові судові процеси.

4) Всіма заходами форсувати виконання пляну щеплень проти дизентерії, особливо в тих місцях, де захорування на дизентерію покищо не мають значного розвитку.

5) З огляду на надзвичайно великі розміри вакцинації проти черевного тифу поточного року і щоб успішно і своєчасно провести її, конче потрібно:

а) якомога повніше вивчити ефективність переведених масових щеплень та їхній вплив на розвиток і розміри епідемії. Це завдання покласти на всі санбакінститути, районні та міжрайонні санстанції й інфекційні відділки лікарень. Облздоровідділам організувати вивчення ефективности щеплень, зібрати в себе всі дані з місць в цій справі і спільно з відповідними санбакінститутами зробити належні висновки;

б) виділити установи й осіб, які найбільше виявили себе в справі успішного переведення вакцинації проти черевного тифу і преміювати їх.

6) З огляду на те, що найближчого часу закінчуються плянові щеплення і наближується зростання гострокишкових захорувань, запропонувати всім здоровінспектурам перебудувати свою роботу, кинувши всі свої сили та кошти на нові дільниці протиепідемічного фронту.

7) Найударніше завдання поточного моменту — це широко розгорнути роботу масових досліджень на бацилоносіння й ранню діягностику черевного тифу.

Через те мобілізувати на цю роботу ввесь лябораторний персонал і санітарно-бактеріологічний, і клініко-лябораторний та якомога поповнити його.

Вжити найрішучіших заходів до забезпечення санбакляборатомрій всім потрібним для зазначеної роботи масових досліджень на бацилоносіння та ранню діягностику.

Запропонувати ВАУ не пізніше 15 липня придбати для місць потрібне ляборатомрне встатковання (чашки Петрі) й потрібні препарати.

8) Констатувати, що в найбільших містах і робітничих районах кампанія переведення місячника чистоти та боротьби з мухами проходить незадовільно.

Категорично запропонувати всім здоровінспекторам терміново закінчити приведення в належний санітарний стан міст і робітничих селищ і налагодити систематичну боротьбу з мухами.

9. Так само, щоб поліпшити санітарний стан залюднених пунктів і підготуватись до осіннього зростання захворувань на черевний тиф, скрізь перевірити виконання від госпорганізацій постанов РНК з 2 вересня 1931 р. і 11 травня 1932 р., особливо в частині обов'язкового хлорування води, організації вбиральних загонів, влаштування ланів асенізації і т. інш.

10. Питання про підготовку та розгорнення потрібної кількости інфекційних ліжок для цілковитої шпиталізації хворих на черевний тиф, а також на дизентерію в установлених випадках.

11) На 15 липня вся стаціонарна сітка повинна бути підготовлена для шпиталізації гострошлункових хворих і плян дальшого розгортання інфекційних ліжок повинен бути повнотою забезпечений. Вже тепер треба заготовити потрібний лікарняний ремanент, речі догляду за хворими, а також намітити і запросити додатковий персонал для поширених відділків лікарень.

II. Висипний тиф

1) Ураховуючи можливість розвитку захворувань на висипний тиф з початку осени, треба вважати за найважливіше і найвідповідальніше завдання органів охорони здоров'я — не припустити поточного року більш-менш значних епідемічних вибухів цієї інфекції.

Вважати за абсолютно неприпустиме повторити помилки минулого року, коли в ряді великих міст і районів висипний тиф почав зростати несподівано для місцевих здоровінспектур й останні не підготовилися, не виявили належної активности, не мобілізували відразу ж усіх своїх сил і ресурсів, в наслідок чого мали місце вибухи висипного тифу.

2) Вважати за тверде настановлення, що в 1932 року висипний тиф повинен знизитись аж до цілковитої його ліквідації протягом другої п'ятилітки.

3) Щоб попередити вибухи висипного тифу і швидко ліквідувати захворування на висипний тиф, визнати за потрібне:

а) всіма засобами домагатися на місцях форсування будівництва і закінчення лазнево-пральневого будівництва, яке почали минулого, а також і поточного року;

б) до вересня місяця привести всі лазні громадського користування в стан цілковитої готовности й домогтися забезпечення їх паливом на всю осінь і зиму;

в) в усіх випадках затримки лазнево-пральнового будівництва і постачання палива для лазень вживати найрішучіших заходів через місцеві надзвичайні санітарні комісії, доводячи про це в найважливіших випадках до відому НКОЗ;

г) тепер же почати по всіх районах широку кампанію за влаштування найпростіших лазень у пристосованих хатах, а також приступити до замови й установки в радгоспах, МТС і колгоспах лазнево-пральневих установок НКОЗ;

д) почати влаштування сухо-повітряних дезінсекторів, а також влаштування на місцях власними засобами хлор-пікрінових камер;

е) зміцнити наявні й організувати нові дезбригади при міжрайонних і районних санстанціях, а також і в районах, де немає санстанцій, і почати систематичну санітарну обробку населення, організуючи вдарним порядком масову боротьбу з паразитами.

Насамперед боротьбу з вошивістю треба поставити і широко провести в робітничих бараках, в місцях позбавлення волі, в дитячих інтернатах і в гуртожитках, а також у соцсекторі села;

ж) поставити, як безпосереднє завдання, одержання через ВАУ в усіх районах значної кількости сурогатного мила і всемірно стимулювати вживання його від населення.

4) Неодноразові постанови уряду, зокрема—останню постанову РНК з 2 вересня 1931 р. „Про термінове відкриття санітарно-пропускних пунктів при промислових підприємствах", до цього часу в цілому ряді випадків або зовсім не виконано, або санітарні пункти залишаються незакінчені. Треба організувати по містах і промислових районах спеціяльні комісії в складі здоровінспектора, прокуратури і РСІ, щоб перевірити виконання зазначених постанов уряду і притягти до судової відповідальности госпоргани, що не виконали до цього часу цих постанов.

Вважати 1 серпня за останній термін відкриття санітарно-пропускних пунктів усіма господарчими підприємствами в усіх робітничих селищах, при всіх підприємствах і лінією промисловости, і сільського господарства.

5) Ураховуючи ту величезну ролю, яку минулого року відіграли безпритульні в справі розповсюдження висипного тифу, запропонувати всім облздоровві́ддідам, рай і міськздоровінспектурам спільно з місцевими організаціями РСІ перевірити на місцях виконання постанови РНК з 2 березня 1932 р. „Про заходи до ліквідації безпритульности" і домогтися термінового здійснення всіх заходів, зазначених у цій постанові.

6) Запропонувати облздоровві́ддідам відрядити спеціяльні бригади в найбільші вогнища черевного тифу 1931 — 1922 р. і організувати там всі потрібні заходи для попередження нових вибухів і для ліквідації цих вогнищ, звернувши особливу увагу на масову й систематичну ліквідацію паразитів.

Притягти до цієї роботи місцеві санбакінститути і міжрайсанстанції.

7) Запропонувати облздороввідділам дати категоричне розпорядження і вказівки лікарським участкам і лікувальним закладам про своєчасне виявлення хворих на висипний тиф, про ранню діягностику висипного тифу, суцільну шпиталізацію всіх хворих і підозрілих на висипний тиф і про найпильнішу санобробку населення в місцях захворувань.

8) Вважати надалі за абсолютно неприпустимі випадки, коли здоровінспектури дізнавалися про захворування на висипний тиф у тому або тому залюдненому пункті вже після того, як виявилися вибухи епідемії.

9) Запропонувати облздороввідділам, рад і міськздоровінспектурам не пізніше 15 липня на підставі наявних розпорядженьі вказівок НКОЗ, а також цієї постанови скласти чіткі, конкретні пляни попередження і боротьби з висипним тифом й організувати систематичну найсуворішу перевірку хода підготовних робіт і вжити заходів у цій галузі.

III. Віспа

1) У тих районах, де поголівного віспощеплення досі не закінчили — закінчити таке не пізніше 1 серпня.

2) Організувати пильну перевірку переведеного поголівного віспощеплення, а там, де потрібно, повторити таке.

3) Організувати систематичне віспощеплення і новонародженим, і всім прибулим в дане місто або район, якщо в місті їхнього перебування їм не прищепили віспи.

4) Своєчасно виявляти й локалізувати завезені випадки натуральної віспи.

IV. Про підсилення санітарної організації

1) Щоб успішно здійснити зазначені вище завдання боротьби з кишковими інфекціями, висипним тифом та віспою, треба терміново підсилити на місцях санітарну організацію, для чого:

а) вкомплектувати районні і міжрайонні санстанції санітарними лікарями;
б) відрядити санітарних лікарів у ті райони, де їх до цього часу немає;
в) відкрити по всіх районах санбакляборaторії, санстанції, згідно з постановою РНК з 21 червня 1931 р.;
г) забезпечити санітарні станції і санітарних лікарів транспортом;
д) запросити на допомогу санлікарям помсанлікарів;
е) широко підготовити на місцях дезперсонал;
ж) широко використати інститут прикріплених лікарів, лікпомів і студентів.

4) Питання санкультури й пропаґанди

(*допов. т. Ліфшиц Я. І.*)

А. З масових робітничих університетів

Окремі райздоровінспектори недооцінюють значення масових робітничих університетів, у наслідок чого райони не виконали директивних вказівок і лімітів НКОЗ про вкомплектування МРУ цього року 10 тисячами робітників і колгоспників (Кадіївка, Красний Луч, Рикове, Макіївка, Горлівка, Запоріжжя, Дніпробуд та інш.). Більшість областей і районів не забезпечили фінансової бази і приміщень для занять МРУ, а також не провели достатньої масової роботи, щоб вкломплектувати МРУ слухачами.

Нарада, вважаючи невиконання директиви НКОЗУ про розгортання сітки МРУ за недооцінювання найважливішої директиви партії утворити медичні кадри з робітничо-колгоспного активу та розвинути самодіяльність пропонує всім облздороввідділам та здоровоінспектурам:

1) Негайно провести аґітаційно-пояснювальну роботу, щоб укомплектувати МРУ, і виконати не пізніше 15 вересня ліміти НКОЗ в 10 тис. робітників і колгоспників для МРУ.

2) Перебудувати роботу МРУ в такий засіб, щоб наблизити МРУ безпосередньо до виробництва' цеха, МТС, радгоспа і колгоспа (окремі групи МРУ в зазначених місцях).

3) Відзначаючи цікавий досвід роботи Одеського санбакінститута щодо відкриття колгоспного масового університета в с. Ульянівці, нарада пропонує широко використати цей досвід для відкриття колгоспних університетів по всіх великих сільсько-господарських районах.

Нарада пропонує широко використати актив слухачів МРУ й осіб, що закінчують університети, для роботи в органах охорони здоров'я, а також для житлово-комунальної справи громадського харчування та для інших робіт у галузі санітарно-побутового обслуговування трудящих, як санітарні інспектори, сануповноважені, інструктори т-ва оздоровлення праці та побуту і т. інш.

Б. З санітарної освіти

Нарада вважає за цілком неприпустиме відставання ряду областей і районів у виконанні директиви НКОЗ про розгортання гігієнічних консультацій на підприємствах, цехах, МТС і т. інш.; недостатню роботу лінією ФК і організації масового робітничого відпочинку; незабезпечення будинків саносвіти відповідним приміщенням (Кадіївка, Луганське, Ворошилівське, Красний Луч і т. інш.).; перимикання кадрів саносвіти на ішу роботу, яке іноді праьтикуються райздоровінспектри (Краммашбуд та інш.); недооцінювання від районів забезпечення масових господарських політичних кампаній саносвітлітературою.

Нарада пропонує:

1) Розгорнути широку саносвітню роботу в усіх областях, містах і районнах, згідно із вказівками, що дав НКОЗ, притягуючи до переведення саносвітроботи всю масу медробітників, а також робітничо-колгоспний актив.

2) Розгорнути сітку будинків санкультури, гігієнічних консультацій, райсаносвітбаз, павільйонів санкультури в парках культури та відпочинку, пересувних виставок у галузі саносвіти по всіх областях, містах і районах.

3) Забезпечити сітку санітарно-освітніх установ потрібними асиґнуваннями лінією місцевого бюджету і притягуючи кошти господарських установ, громадських і професійних організацій, а також забезпечити потрібним для розгорнення роботи приміщенням, проводячи широко ремонт надбудову і пристосування різних приміщень для будинків санкультури і райсаносвітбаз.

4) Підсилити роботу в пресі, організуючи кадри робкорів із робітників і колгоспників.

5) Широко розгорнути комплектування слухачів на заочні курси санкультури і до радіоуніверситету.

5) Найближча робота уповноважених управління науки й кадрів

(*допов: т. Ліфшиц Я. І.*)

1. Констатувати, що не всі ще уповноважені управління науки й кадрів приступили до роботи та не виділили відповідальних секретарів бюра інститутів. Перевірки роботи наукових інститутів не провадили, не перевіряли також на місцях обслуговування науковими інститутами периферії (зв'язок із опорними пунктами).

2. Виходячи з цього, нарада облздороввідділів пропонує уповноваженим:

а) приступити до конкретного керівництва бюра інститутів та виділити заступників, а також призначити вченого секретаря;

б) розпочати перевірку роботи наукових інститутів, контролювати виконання плянів іститутів за 1 півріччя 1932 р.;

в) заслуховуючи відчити інститутів, обов'язково запрошувати опорні пункти інституту;

г) до організації перевірки та контролі діяльности периферійних опірних пунктів н-інститутів;

д) організувати контроль випуску бюлетеней інститутами, їх змісту та ефективности.

3. Зобов'язати уповноважених забезпечити інститути фінансуванням в розмірі $1^1/_2$ міл. карб. із місцевих коштів, що передбачені в бюджеті управління науки та кадрів на 1932 р.) згідно надісланим розподілом коштів).

4. Перевірити роботу філій інститутів.

5. Зобов'язати уповноважених координувати та об'єднувати роботу інститутів щодо проробки другого варіянту другої п'ятилітки.

6. Доручити уповноваженому організувати перевірку виконання 6 умов тов. Сталіна в роботі інституту.

7. Вести нагляд за санстаном інститутів.

8. Уповноваженим зайнятися питанням переходу системи роботи внутри наукової мережі на госпрозрахунок.

6) Про виконання плянів медично-санітарного будівництва 1932 року

(*допов. тов. Кохан В. С.*)

1. Констатувати, що, не зважаючи на вичерпні директиви НКОЗ про організацію виконання пляну медсанбудівництва 1932 р; на потребу організувати в облздоровавідділах відповідний апарат по медсанбудівництву, — до цього часу облздоровавідділи ще не охопили своїм керуванням мадсанбудівництва, зокрема:

а) обласні будівельні бюра, хоча й організовано вже по всіх областях, але ще не в достатній мірі вкомплектовано потрібними кадрами, а особливо технічними;

б) облздорови ще не обслідували всіх будівництв своєї області, не налагодили звітности будівництва перед облздровами, в наслідок чого звіти про стан будівництва, що їх надсилається до НКОЗ, ще не висвітлюють повністю стану будівництва й не дають можливости накреслити заходів щодо форсування цього будівництва, а Одеський облздоров досі навіть не подав жодного звіту про стан будівництва в області:

) облздорови ще не розгорнули роботи щодо відремонтування медсанмережі та не забезпечили цих ремонтів коштами за рахунок будівельних сум, що не використовуються на планове будівництво;

г) облздорови не проводять будь якої роботи щодо організації виробництва нових матеріялів та забезпечення будівництва місцевими матеріялами;

д) облздорови ще не зв'язалися як слід з промисловістю й не забезпечили виконання промисловістю її зобов'язань щодо будівництва тих медсанзакладів, що вона їх повинна збудувати за пляном медсанбудівництва (медсанцехи, ізопропункти, ясла тощо), а також не реалізували постанови РНК та неодноразових директив Наркомтяжпрому щодо допомоги від промисловости дефіцитними будматеріялами будівництву медсанзакладів, що їх здійснюють органи охорони здоров'я.

е) нарешті, облздорови ще не перевели будь якої роботи щодо мобілізації громадської уваги навколо справи медсанбудівництва та організації робітничої контролі за перебебігом будівництва.

2. У наслідок переліченого перебіг будівництва в областях не забезпечує виконання програми медсанбрдівництва 1932 р. в основному через те, що місцеві органи охорони здоров'я не приділяють цій справі досить уваги, не ставлять питань про медсанбудівництво на розв'язання міськрад і райвиконкомів та не вимагають від місцевих організацій відповідної уваги та допомоги справі будівництва.

3. Виходячи з наведеного, вважати за потрібне, щоб облздорови негайно вкомплектували повністю апарат будівельних бюр коштом сум, що їх асигновано на будівництво, та забезпечили оперативне керівництво справами будівництва своїх районів, домагаючись за всяку ціну здійснити накреслену програму цього року.

4. Облздорови повинні вжити всіх заходів, що розширити медсанмережу коштом позаплянового будівництва, що місцеві організації можуть його забезпечити будівельними матеріялами, а також через придбання готових будинків, розширення існуючих, використавши для цього будівельні кошти, яких не використали на плянове будівництво.

5. Облздороввідділи повинні за всяку ціну 1932 року відремонтувати існуючу медсанмережу, мобілізувавши навколо цього питання увагу місцевих органів здоровоохорони та асигнувавши на ремонт потрібні кошти також за рахунок будівельних сум.

6. Відповідно до п. п. 4 і 5 цієї постанови зобов'язати облздорови до 15 липня подати до сектора медсанбудівництва НКОЗ плян перерозподілу будівельних сум своєї области з таким розрахунком, щоби повнотою забезпечити плянове будівництво, яке здійснюватиметься в міру наявности будівельних матеріялів, а також позаплянове будівництво придбання будинків ремонт медсанмережі.

Цей плян за відповідальністю керівників облздоровів повинен забезпечувати використання 1932 року всіх асигнувань, що їх передано облздоровам на будівництво 1932 року.

7. Виходячи з того, що представники НКОЗ, обслідувавши будівництво встановили, як основне гальмо на теперішній час перебігу будівництва в більшості будівництв, відсутність місцевих матеріялів, нарада вважає за основне завдання будівельних бюр облздоровів повнотою забезпечити всі будівництва области місцевими матеріялами а також організувати виробництва будівельних матеріялів на місці (цегельняне, виробництво шлако-бетонного каміння, лісорозробки тощо).

8. Не зважаючи на директиви здешевити вартість будівництва та категоричну заборону підвищувати ціни на будівельні матеріяли й на транспорт, досі зрушення в цій справі немає. Отже визнати за потрібне, щоб облздороввідділи за персональною відповідальністю їхніх керівників віддали цьому питанню максимальну увагу та поклали край збільшенню вартости будівництва, притягуючи винних у цьому до відповідальности.

9. Зобов'язати облздороввідділи обов'язково разом із звітами про перебіг будівництва (за формою НКОЗ) подавати пояснювальну записку в якій висвітлювалося б всі заходи, що їх вжили ОЗВ на виконання директив НКОЗ і всіх питань, перелічених у цій постанові.

7) Найближча робота лікувально-профілактичних установ

(Допов. *т. Туркельтауб Л. С.*)

А. Охорона материнства й маленства

1. Констатувати, що області до цього часу не включилися цілком до керування справою охматдиту по області, зокрема — в напрямку обліку виконання пляну. Так, наприклад, області до цього часу не мають певного обліку, щодо переведення будівництва ясел за пляном, що його надано НКОЗ, не сигналізують своєчасно про відсутність будівництва і тим самим не дають можливости НКОЗ вжити відповідних заходів.

2. Не зважаючи на неодноразові вказівки від НКОЗ про переведення щеплень проти дизентерії перос і активної імунізації проти обкладу, обліку цієї роботи немає.

3. Розгортання сезонової ясельної мережі теж провадилось не тими темпами, як це треба було; так, за відомостями Укрколгоспцентру, на 1-VII було відкрито 18.000 ясел, а області дають значно зменшену кількість ясел і на 1 червня, причому місцеві можливості і ресурси зовсім не використуються на місцях, а орієнтуються лише на централізоване постачання.

Запропонувати:

1) Терміново перевірити стан нового будівництва ясел, виявити всі можливости використання відпущених коштів на купівлю будинків, добування і т. ін. та до 15 липня дати конкретні дані НКОЗ для можливости своєчасного пересунення коштів.

2) Кожної декади давати докладні відомості про переведення кількости щеплень проти дизентерії та обкладу.

3) Двічі на місяць давати докладні відомості за формою, що її надав НКОЗ, про хід розгортання ясельної мережі та оздоровних заходів.

4) Своєчасно надавати відповіді на запитання, що їх надсилає НКОЗ.

Б. У галузі ОЗДП.

1. Констатувати, що, не дивлячись на ряд директив НКОЗУ про категоричну боротьбу з антисанітарією в школі, запровадження санмінімуму, знищення інфекційних захворувань серед дітей, розгортання масових оздоровних заходів та лікарсько-педологічної роботи, обласні відділи охорони здоров'я ще не налагодили, не організували роботи організації ОЗДП на виконання цих ударних завдань здоровоохорони по медико-санітарному обслуговуванню школи.

Зокрема — нарада зазначає, що основна директива НКОЗ з 28 березня 1932 р. про масові оздоровні та лікарсько-педологічні заходи в школі та дошкільних установах (бюл. НКОЗ № 7-8) ще недосить популяризували серед лікарів ОЗДП, педагогів і дитячих мас, ще не мобілізовано уваги й органів народньої освіти на виконання масових оздоровних заходів серед дітей та підлітків.

Зобов'язати зав. обласних відділів здоровоохорони протягом липня місяця подати до Наркомздоров'я звіти про виконання ними директиви з 28 березня 1932 року зі вказівками, які саме конкретні наслідки здобуто в справі поліпшення медико-санітарного обслуговування школи.

2. Нарада зазначає, що виконання постанови ЦК ВЛКСМ про організацію та оздоровлення праці робітничих підлітків і молоді та постанови колегії НКОЗ в цій справі з 4 лютого 1932 р. проходить незадовільно. Місцеві органи здоровоохорони ще не організували систематичної боротьби за краще медико-санітарне обслуговування учнів ФЗУ, проти антисанітарії в школі, гуртожитках, ще немає перелому в справі організації широких оздоровних заходів серед підлітків та молоді. Ініціятиви підлітків, комсомолу в справі проведення побутових конференцій серед молоді недосить використано; лише в поодиноких місцях відбулися конференції: Харків, Дніпропетровськ, Сталіно, але й тут наслідків не закріплено. Санітарно-побутові умови підлітків категорично ставлять вимогу рішуче добитися перелому, оздоровити їх перед початком нового навчального року.

Зобов'язати зав. обласних від. здоровоохорони протягом липня й серпня місяців добитись того, щоб в школах ФЗУ, гуртожитках учнів ФЗУ та робмолоді було застосовано санітарний мінімум; до кожної школи ФЗУ, коли немає спеціяльного лікаря, було прикріплено одного з лікарів лікувально-профілактичних установ даного залюдненого пункту. Завести, як правило, відчити лікарів, що обслуговують школи ФЗУ на широких зборах робітників підприємств, конференціях молоді, встановивши систематичний контроль над запровадженням всіх медико-санітарних та оздоровних міроприємств з боку місцевих органів здоровоохорони. Встановити відповідальність за здоров'я соціялістичних кадрів. Нарада звертає особливу увагу на застосування в школах ФЗУ типового розпорядку та організації оздоровних заходів для підлітків, використовуючи їхню ініціятиву, притягуючи господарчі організації до матеріяльної участи в цій справі.

3. Констатувати, що оздоровна робота серед дітей та підлітків цього року проходить з певними труднощами. Окремі райони розгорнули велику масову роботу й значно перевищили контрольні числа оздоровлення. Проте, перебіг оздоровної роботи серед дітей та підлітків ще має низку істотних недоліків; не своєчасно організовані міжвідомчі комісії, а там, де їх організували, вони працюють недосить чітко, несистематично. Області, крім Одеської, ще не надіслали плянів оздоровної роботи до Наркомздоров'я (термін минув 10 червня ц. р.). Незадовільно поставлено інструктаж оздоровних установ і недосить налагоджено плянову роботу в галузі оздоровлення школярів і підлітків з органами народньої освіти та господарчими об'єднаннями. В справі постачання продуктами оздоровних установ ще не використано системи колгоспних базарів, договорів з колгоспами на постачання продуктів окремим оздоровним установам.

Обласним відділам здоровохорони потрібно розгорнути масову роботу по громадському контролю та допомозі від добровільних т-в в справі оздоровлення школярів та підлітків, звернувши особливу увагу на розширення оздоровних заходів в соцсекторі села. Міжвідомчі оздоровдитські комісії зробити гнучкішими, добиваючись чіткости, оперативности не лише в мобілізації коштів, але й в системі інструктажу та контролю над витратами на оздоровлення дітей та підлітків. Оздоровні заходи влітку закріплювати й на зиму, вже зараз розпочавши підготовку організації цілої мережі фізкультмайданів, лижвяних станцій, шкільно-санаторних установок тощо. Треба оздоровні заходи спляновувати на круглий рік. Для налагодження справи з постачанням продуктами оздоровних установ використати систему договорів з колгоспами.

4. Констатувати незадовільний стан організації обласних інспектур ОЗДП (крім Одеської області), що призводить до відставання в цій важливій ділянці охорони здоров'я в той же час, коли завдання та безпосередні директиви ЦК партії вимагають налагодження апарату та чіткої оперативности в справі ОЗДП по області.

Запропонувати зав. відділів охорони здоров'я, укомплектовуючи штат інспектур ОЗДП области, використовувати практичних робітників ОЗДП, що мають досвід, партизувати цей апарат. На посади помічників інспектора ОЗДП призначати комсомольців. Завести практику призначення на великих підприємствах інструкторів ОЗДП з комсомолу, використовуючи досвід в цій справі Москви, Нижнього Новогорода та Ленінграду. Обласні інспектури ОЗДП відокремити від груп Охматдиту. Штат групи ОЗДП встановити в 1933 р. такий: обласний інспектор ОЗДП — 1, інспектор ОЗД та 1 інспектор ОЗП — разом 3 одиниці.

В. У галузі лікпрофу.

1. Констатувати, що облздороввідділи до цього часу не розподілили поміж районів надані від НКОЗ путьовки до лікбюра та протезну броню, наслідком чого багато районів звертаються

до НКОЗ за цими видами допомоги зі скаргами, що на місцях утворилися труднощі по цьому питанню.

До цього часу не одержано від Вінницької та Дніпропетровської областей відомостей про організацію обласних лікбюрів, а від Одеського — про організацію гуртожитку при обласному лікбюрі.

Запропонувати облздоровввідділам путьовки протягом 10 день розподілити поміж районів, організувати лікбюра в Вінниці та Дніпропетровському, а в Одесі — гуртожиток.

2. Констатувати, що облздоровідділи до цього часу не вжили заходів, щоб забезпечити периферію апаратурою по витяганню, тимчасом на Київському протеззаводу скупчилось багато апаратури, що її за відсутністю замовлень — неможна відвантажити.

Запропонувати облздоровввідділам протягом 10 день надіслати замовлення до Київського протеззаводу на витяжну апаратуру, в копії НКОЗ.

3. На нараді в квітні місяці в лікпрофсекторі в питанні обслуговування райактиву було ухвалено, що суми на цю потребу передаються облздоровввідділам, які розподіляють їх відповідним чином поміж районів. Тим часом із районів надходять багато листовних та усних заяв про те, що вони будьяких сум на цю мету не мають, що ускладняє нормальне обслуговування активу.

Запропонувати облздоровввідділам негайно розподілити по районах відповідні суми для обслуговування райактиву.

Облздоровввідділам було запропоновано відкрити єдині диспансери в таких пунктах:

1) **У Харківськ. обл.** — 2 єдин. дис. (7 п-ка та Тракторобуд), 1-у Слов'янську, 1-у Кременчуці 1-у Полтаві, 1-у Ромнах, 1-у Лозовій.

2) **В Одеськ. обл.** — 3 в Одесі, Зінов'ївському, Херсоні, Першомайському та Каховці по 1.

3) **У Київськ. обл.** — 3 в Києві, Шостці, Бердичеві, Глухові, Конотопі та Б. Церкві по 1.

4) **У Дніпропетровськ. обл.** — Дніпропетровському, (Кайдани, Чечельник), Дніпросталь, Запоріжжі, В. Токмаку, Мелітополі—по 1.

5) **У Вінницькій обл.** — Вінниці, Житомірі, Умані, Шепетівці, Жмеринці, Кам'янець-Под. по 1.

6) **АМСРР.** — Тирасполь — 1.

Відкрити психвідділи при лікарнях:

1) **По Вінницьк. обл.** — У Проскурові (30 ліж.).

„ Одеськ. „ — У Зінов'ївскому (розширити до 40 ліж.), у Миколаєві — (на 30 ліж), у Першомайському (на 30 ліж.).

3) **Київськ. обл.** — Глухові (на 25ліж.), Житомірі (розшир. до 100 ліжок), Білій Церкві (на 30 ліж.).

По Дніпропетр. обл. — Запоріжжі (30 ліж.), Криворіжжі (30 ліж.).

„ Харківськ. „ — Сумах (30 ліж.), Слов'янському (25 ліж.), Кременчуці (30 ліж.).

„ АМСРР „ — Тирасполі (25 ліж.).

Психоневрологічні диспансери.

1) **Дніпропетровському:** Криворіжжі, Запоріжжі.
2) **Харківськ. обл.** — Слов'янському, Полтаві, Кременчуці.
3) **Одеськ.** „ — Зінов'ївському, Херсоні, Першомайському.
4) **Вінницькій** „ — Вінниці, Кам'янці - Под., Проскурові.
5) **Київській** „ — Чернигові, Глухові, Ніжені, Шепетівці, Житомірі.

Проте, за незначним винятком досі майже, нічого не зроблено в цьому напрямку (відкрити єд. дисп. в Полтаві, Ромнах, Харкові, і в Києві).

Запропонувати облздоровідділам повністю виконати ввесь цей накреслений плян протягом 3 кварталу в основному.

Відмічаючи, що облздоровввідділи не дали відповідей на низку інших розпоряджень (про надсилку до ремонту хірургічного інструменту, про оренду ліжок в Слов'янському інституті травматології, про надсилку на перевірку комплектів пробного окулярного шкла, про вживання хлораміну на заміну сулеми та карболової кислоти, про госпрозрахунок в медустановах, про стан єдиних диспансерів та про перебіг розгортання їх тощо) — запропонувати категорично облздоровввідділам дати відповіді на всі ці розпорядження та надалі відповідати та виконувати розпорядження без затримки.

1. Констатувати, що досі НКОЗ (лікпрофсектор) не одержав відповідей на низку важливих директив, на неоднаразові нагадування.

2. Запропонувати облздоровввідділам протягом декади надіслати такі відомості:

а) про реалізацію директиви НКОЗ щодо: 1) перевірки стану складання локальних умов з радгоспами та МТС на медсанобслуговування робітників та реалізації вже складених умов лінією органів охорони здоров'я та господарників; 2) надсилання відомостей про стан медсанобслуговування радгоспів і МТС зокрема провідних з них;

б) про реалізацію директив сект. кадрів НКОЗ щодо відрядження медкадрів і студентів медтехнікумів до районів на час збиральної кампанії врожаю ц. р.;

в) про стан підготовки до збиральної кампанії по нацмен. та економічно-відсталих районах;

г) про наслідки обслуговування весняної путини ц. р.;

д) про стан медобслуговування робітників торфорозробок;

е) про стан будівництва побутових закладів (амбуляторій, лазень тощо) по радгоспах та МТС коштом цих організацій.

ж) про наслідки запровадження рейду НК РСІ щодо перевірки побутових умов робітників радгоспів та МТС;

з) про наслідки запровадження двodeкадника боротьби із сліпотою та глухонімотою;

і) про наслідки запровадження місячника боротьби з соцхоробами в 1931 р., зокрема в м. м. Харкові, Києві, Одесі, Дніпропетровському:

к) констатувати виконання від Одеськ. облздороввідділу розпорядження про організацію медсанстанції в Шевченківському радгоспі і запропонувати до 15-VII організувати медсанстанцію.

Г. Запитань обслуговування окремих груп людности

Вважати, що навколо обслуговування окремих груп людности ні облздороввідділи, ані міскздороввідділи не сконцентрували достатньої уваги та не підкреслили важливости цього питання. Низка директив, наданих від НКОЗ не набула на місцях конкретного оформлення.

Тому треба:

1. Максимально загострити цю справу серед робітників здоровохорони.
2. Роботу треба побудувати на здійсненні цілком конкретних заходів, а саме:
а) виділити певні годин прийому по поліклініках;
б) виділити окремі відділки та ліжка в лікарнях;
в) максимально розгорнути побутове обслуговування (ясла, майданчики);
г) сконцентрувати максимум уваги на санітарному обслуговуванні, виділяючи для значних груп студентів — окремі санбюра.
3. Вважати, що вся робота, яка провадиться в частині медобслуговування окремих груп людности, повинна бути на повному облікові.

Д. Ремонтна кампанія

Констатувати, що в низці місць має місце через несвоєчасне ремонтування лікустанов, загибіль основного капіталу здоровоохорони, тому вважати за потрібне максимально звернути на цю справу увагу, виділяючи на ремонти максимальні кошти з тим, щоб 1932 року домогтися виконання ремонтних робіт скрізь, де потрібно.

8) Питання підготови та перекваліфікації медичних кадрів

(*доп. т. Меніовіч К. Г.*)

1. Вислухавши доповідь т. Маньовіча, нарада констатує. що питання кадрів є найвужче місце в справі дальшого розвитку охорони здоров'я і від правильного розв'язання цього питання залежить значною мірою виконання пляну на другу п'ятилітку.

2. Відповідно до цього питання підготовки кадрів, правильного використання та організація їхньої праці набуває окремої ваги та значення.

3. Нарада схвалює плян підготовки кадрів на другу п'ятилітку, що його складено НКОЗИ та вважає, що в роботі щодо підготовки кадрів повинні найактивнішу участь обласні, міські та районові органи охорони здоров'я.

4. Підтверджуючи правильність та доцільність залишення ВИШ'ів у безпосередньому завідуванні НКОЗ, нарада вважає, що підготовка сан. медичних кадрів є безпосередній обов'язок місцевих органів охорони здоров'я, які повинні рішуче відмовитись від ставлення до цієї роботи, як до чогось „чужого". Медичні технікуми повинні бути в центрі уваги органів охорони здоров'я і керування технікумами, краща їхня організація, забезпечення помешканням, учбовими приладдями, добір студенства — є одне з першочергових завдань обл. міськ. та райздоровінспектур.

5. Зокрема — важливим завданням є справа розгортання виробничих медтехнікумів за єдиним пляном НКОЗ, з комплектуванням цих технікумів в основному за рахунок молодших медкадрів.

6. У зв'язку з неможливістю задовльнити всі потреби у середніх кадрах з випусків медтехнікумів, місцеві органи вхорони здоров'я повинні широко використати; а) сестер УЧХ, б) демобілізованих санінспекторів, в) організацію короткотермінових курсів.

7. Нестача лікарських кадрів і неможливість зараз та в перші роки другої п'ятилітки задовольнити повністю потребу в цих кадрах викликає потребу ширшого використання середніх медкадрів на самостійній роботі профіляктичного характеру (сан. епід. ОЗД)

8. Обмеженість медичних кадрів ставить руба питання про правильну розстанову та використання кожної окремої робітничої одиниці на роботі, яка відповідає здібностям та кваліфікації кожного робітника.

Виконання 6 вказівок т. Сталіна є тими грунтовними пунктами, які повинні встановлювати всю політику органів охорони здоров'я в галузі медичної праці.

9. Правильне маневрування кадрами в умовах їхнього дефіциту вимагає чіткого їх обліку та розподілу і зокрема якісного вивчення з тим, щодо кожний медробітник працював на тій роботі, де він дасть максимум ефективности. Відповідно цього питання якісного та кількісного обліку медичних кадрів повинні бути організовані за існуючими правилами та формами НКОЗ із додержуванням встановленого порядку заміщення номенклятурних посад і своєчасного повідомлення Наркомздоров'я про всі зміни, що сталися в номанклатурних посадах.

10. Окрему увагу місцеві органи охорони здоров'я повинні звернути на атестацію медробітників для виявлення т. т., що їх треба просунути на вищу роботу, зокрема на адміністративну роботу (райздоровінспектори та головлікарі).

11 Боротьба з плинністю медкадрів повинна бути одним із серьозних завдань органів охорони здоров'я та повинна провадитись і адміністративними заходами, і головно через покращення матеріяльно-побутових умов (постачання, кватири тощо).

12. Забезпечення плянового підвищення кваліфікації лікарів вимагає від обласних органів охорони здоров'я негайної реалізації постанов НКОЗ про резерв для заміни відряджених на курси: організація інтернатури коштом облздоровідділів є невідкладне завдання.

13. Найсерйознішим та важливим завданням у справі кадрів, яке стоїть перед всіма органами охорони здоров'я, це — складання п'ятирічного пляну. Облздоровідділи повинні негайно приступити до цієї роботи, керуючись загальними настановленнями НКОЗ.

9) Питання постачання та медвиробництва

(доп. т. *Дудавський А. І.*)

А. У галузі постачання медсанмережі

1. Ураховуючи такі моменти щодо порядку постачання медсан. мережі в III-кварталі, а саме:

а) що облздоровідділи, не зважаючи на категоричні директиви НКОЗ, ще не з'організували повнотою своїх постачальницьких апаратів;

б) що, як показує досвід переведення оздоровної та ясельної кампанії у II-му кварталі, облздоровідділи ще не налагодили належних взаємовідносин з обласними регулюючими та постачальницькими організаціями та не зуміли добитися своєчасної та повної реалізації нарядів, що їх було спущено для цих призначень безпосередньо по областях;

в) в умовах певних труднощів у централізованому постачанні продуктів харчування та частих змін постачальницьких плянів протягом кварталу, — правильне маневрування фондами та реалізація плянів в основному залежить від центральних, а не обласних органів, ухвалити що централізоване постачання медсанмережі у III-му кварталі залишається на теперішніх принципах, себ-то: товарові фонди, що їх одержить НКОЗ, розподілятимуться безпосередньо по районах та окремих установах НКОЗ.

2. Разом із тим вважати за обов'язкове, щоби облздоровідділи активно втрутилися в справу постачання своєї мережі, зосередивши свою увагу на таких ділянках роботи:

а) збиранні вдосконаленвх матіриялів про мережу, медперсонал та про забезпеченість інвентарем (м'яким, твердим та живим) — в районовому розрізі;

б) нагляданні за фактичним станом постачання медсанмережі своїх районів, по лінії централізованих товарів, слідкуючи за своєчасною реалізацією нарядів НКОЗ та сигналізуючи перед обласними регулюючими та постачальницькими органами та перед НКОЗ про ті або ті недоліки та перебої в постачанні.

в) вкомплектуванні в структурі облздоровідділу належного постачальницького апарату.

3. Особливо облздоровідділам і міськ. райздоровідділам треба сконцентрувати свою увагу на максимальній мобілізації в III-му кварталі додаткових фондів, виходячи з настановлень Уряду щодо розгортання радянської торгівлі.

Зокрема вжити заходів на місцях, щоб забезпечити потреби своєї медсанмережі в інвентарі (м'якому та твердому) та інших промтоварів широкого вжитку, маючи на увазі, що за постановою РНК СРСР з 10 квітня ц. р., централізовані фонди промтоварів значно скорочені й НКОЗ не зможе надалі провадити постачання достатнім розміром.

Конкретно робота в цьому напрямку полягає ось в чому:

а) добитись через місцеві органи (виконкоми та снаби) та постачальницькі організації (споживспілка, торги, тощо) такого становища, аби з ринкових ресурсів для задоволення потреб н-мережі виділялись певні товарові фонди:

б) аби на місцях була прийнята та здійснена така установка, що потреби медустанов та ясел задовольняються з місцевих ресурсів в першу чергу переважно перед іншими споживачами.

Для цього треба використати директиву НКПостачання УСРР з 22-V № 439-6 про задоволення наших потреб в такстилі із ринкових ресурсів в першу чергу.

4. Маючи на увазі певні труднощі одержати товарів для нашої мережі в достатній кількості через значне підвищення добробуту трудящих, що зв'язано з бурхливим ростом всього народнього господарства, вважати за абсолютне обов'язкове здійснити на практиці обережне та економічне ставлення наших установ до використання інвентаря та інших промтоварів та до витрачання продуктів харчування (організація хоронення продуктів та промкраму, своєчасний ремонт, налагодження, акуратна прання тощо).

Приділяючи цьому питанню виключного значення, НКОЗ пропонує облздоровідділам, міськ та райздоровідділам взяти цю справу під своє безпосереднє керівництво, налагодивши систематичний нагляд за здійсненням господарчих засобів в роботі наших установ.

Б. У галузі медсанвиробництва

Надаючи справі розгортання виробництва медсанмайна на Україні надзвичайного значення, вважати за потрібне та обов'язкове аби облздоровідділи, МЗІ та РЗІ Донбасу приділили цій справі спеціяльної уваги, зокрема забезпечивши здійснення таких заходів:

а) В частині виробництва, що перебувають у системі НКОЗ

1) Організація ремонту всього попсованого медсанмайна (хірург. інструментарій, апаратура обладання тощо), що знаходиться по інститутах, лікарнях, ляotораторіях та інших медустановах.

Цю роботу перевести в такий спосіб, щоб завантажити повністю всі майстерні наших кадрових, наукових інститутів та лікарень, а також спеціяльні ремонтні майстерні в системі ВАУ.

2. Використання всіх можливостей наших кадрових, наукових інститутів та лікарень так для організації нових майстерень виробництва хірург. інструментарія, апаратури та іншого медсанмайна, що його до цього часу завозили з-за кордону, як і для розширення вже існуючих.

Облздороввідділам та МЗІ треба прослідкувати за тим, аби виробничі програми таких майстерень ураховували не лише вузькі потреби своєї установи, але передбачали постачання медсанмайном також інших медсанустанов.

3) Забезпечення майстерень при медустановах кваліфікованою робсилою, для чого облздоров. МЗІ перевести ретельний облік кустарів та майстрів — спеціялістів по виробництву медсанмайна, вживаючи всіляких заходів щодо максимального використання таких кадрів по майстернях медустанов НКОЗ.

4. Плянування медсанвиробництва від облздоровідділів та МЗІ в обласному та районовому розрізах мусить провадитися так, щоби:

а) в першу чергу було забезпечено виробництво гостро дефіцитної номенклатури.

в) розгортання того або того виробництва було ув'язано з загальними потребами України в даній номенклятурі через погодження виробничих плянів з сектором виробництва НКОЗ.

б) В частині виробництв, підлеглих УпНКВважпрому НКЛегпрому та Вукопромсоюзу

1) Облздоровідділам МЗІ та РЗІ мати неухильний та постійний нагляд за тим, щоб всі замовлення НКОЗ на виробництво медсанмайна в підприємствах УпНКВажпрому та Вукопромсоюзу що їх розташовано на терені данної області або району, було виконано своєчасно та повністю.

Облздоровідділи, МЗІ та РЗІ повинні в кожному окремому випадкові невиконання підприємством своїх забов'язань перед НКОЗ сигналізувати перед сектором медсанвиробництва НКОЗ, для вжиття відповідних заходів.

2. Використання по областях і районах низки артельних майстерень та окремих кустарів, що перебувають у системі Вукопромсоюзу та Вукопінсоюзу, для виробництва медсанмайна, виходячи з придатного для цього технічного обладання цих підприємств та наявности відповідної кваліфікованої робсили.

в) В організаційній частині:

Для здійснення всіх заходів, що їх накреслено для розгортання виробництва медсанмайна по облостях та районах встановити в апараті облЗВ спеціяльну посаду інспектора по виробництву, поклавши на нього всю роботу щодо нагляду, плянування та організації медсанвиробництва.

В. В галузі сільського господарства по установах НКОЗ

1. Підкреслити виключну вагу на даний момент справи допоміжних с. г. заходів лінією медсанустанов, що повинні охопити всі стаціонарні лікарні, ясла, інститути та інші мадсанустанови, надавши цим заходам в основному напрямок відгодівлі свиней, розведення кролів, утримання корів, закладки городів.

2. Констатувати, що від облздоровідділів і здоровінспектур досі не тільки не надано справі розвитку допоміжних с. г. заходів належної уваги, а навпаки, виявляється неприпустиме, недбайливе ставлення до цієї галузі роботи, зокрема ігнорування директив НКОЗ.

3. Категорично запропонувати облздоровідділам, міськздоровідділам, здоровінспектурам Донбасу:

а) Забезпечити від себе повне належне керівництво справою розвитку с. г. заходів лінією медсанустанові.

б) Утворити в апараті облздоровідділу та НКОЗ АМСРР спеціяльний осередок, або виділити спеціяльних виконавців в справі розвитку допоміжних с. г. заходів по медсанустановах.

в) Перевести облік стану с. г. заходів по медсанустановах.

г) Скласти пляни розвитку с. г. заходів по медсанустановах, спустити їх на місця й прослідкувати за доведенням цих плянів до окремих одиниць.

д) Забезпечити матеріяльно-технічні засоби для здійснення лінією надсанустанов намічених плянів (виявлення потреби, подання заявок, вишукання ресурсів тощо).

е) Добитись відводу земельних вчастків медсанустановам на місцях, так луків, як і рильної та городньої землі для засіву городини та кормових культур.

ж) Забезпечити належний технічний догляд, агрономічну консультацію на місцях по всіх медсанустановах.

з) Встановити взаємозв'язок між окремими медсанустановами щодо взаємообслуговування та взаємодопомоги в справі с. г. заходів в них.

і) Забезпечити повне використання всіх покидьків їдалень, медсанустанов для відгодівлі свиней.

к) Організувати кролятники по медсанустановах та укомплектувати їх не пізніше за 15/VII-32 р..

л) Пов'язати свою роботу з обласними міськими, районовими органами та домогтися надсилок спеціяльних директив щодо допомоги органам охорони здоров'я з цього боку лінією земельних органів, колгоспів тощо.

10) Справа раціоналізації, стандартизації та винахідництва

(допов. *т. Гінзбург І. Ю.*)

Нарада представників облздоровгвідділів визнає, що справа технічної реконструкції охорони здоров'я набула величезної ваги і потрібує максимальної уваги від всіх практичних та наукових установ охорони здоров'я, особливо від керівних органів на місцях — облздоровгвідділів, інспектур охорони здоров'я тощо, у зв'язку з чим нарада визнає за потрібне:

1) Розширити експер. майстерні винахідництва в Одесі, Дніпропетровському та організувати такі в Харкові, Києві та Сталіні.

2) Організувати філії та опорні пункти з раціоналізації в Дніпропетровському, Одесі та Сталіні, а також зміцнити в м. Києві.

3) Зміцнити та вкомплектувати робітниками Брацставини ОЗВ та міськздоровгвідділів у великих промцентрах, у великих лікпрофустановах з тим, щоб розгорнути оперативну роботу в справі раціоналізації, стандартизації та винахідництва, забезпечивши кваліфікованими організаторами та раціоналізаторами всю цю справу.

4) Доручити Київському ОЗВ суворо наглядати за перебігом рацроботи, що її провадять за спец. договором (згідно з завданням НКОЗ). Київській раціон. управ. Жовтневої лікарні добитись широкого втягнення в цю роботу колектива лікарні, зокрема — окремих фахівців, щоб дійсно забезпечити наслідок рацроботи організацій у м. Києві на базі Жовтнев. лікарні — зразкової лікарні. Київському ОЗВ вжити всіх заходів до забезпечення цієї л-ні всім потрібним, щоб дійсно виконати ці завдання.

5) Харківському ОЗВ забезпечити сприятливі умови роботи ДОРАС'у щодо переведення рацроботи в 1-й п-ці, 1-му єдиному диспансері та 1-й радлікарні в напрямку утворення в наслідок рацроботи 3-х типів зразкових установ.

6) Для здійснення постанови ЦВК та РНК СРСР з 13 серпня 1931 р. зобов'язати Брацставини ОЗВ та міськздоровгвідділів в обов'язковому порядкові вивчити економічну ефективність від рацпропозицій, стандартизації та винаходів, що визнані за доцільні, та втілити в практику, щоб одержати у фонд розвитку раціоналізації, стандартизації та винахідництва 50% від тої економії яку мають установи, де вживаються ці пропозиції в 1-й рік використання їх.

7) Визнати за потрібне приділити найсерйознішу увагу стандартній продукції, для чого в усіх практичних установах та наукових інститутах, вживаючи стандартну апаратуру, набору інструментаріїв тощо, перевіряючи їхню якість, аби на підставі, виявлених недоліків можна було ще більше покращити якість стандартної продукції.

8) Облздоровгвідділам вжити всіх заходів щодо закріплення наслідків всеукр. двомісячника збору рацпропозицій, допомогтися складання плянів реалізації цінних із них та контролювати виконання цих плянів.

9) Доручити Брацставинам областей та міськздовінспектур активувати та сприяти організації осередків винахідників та раціоналізатор. постів, що організує ВУК МСП при МК та наукових кореспондентів і кореспонд. інформаторів, що організує ДОРАС у всіх установах охорони здоров'я, особливо звернувши увагу на потребу розгорнути масову роботу для залучення винахідницької та раціоналізаторської думки робітників охорони здоров'я та широких кіл трудящих через організацію спеціяльних лекцій, бесід, нарад, конференцій — робітників-винахідників та раціоналізаторів, для висвітлення завдань охорони здоров'я її тематики, зокрема на підставі соцзамовлень та тематики, що виконує Наркомздоров'я з інститутами, організувавши колектив винахідників і раціоналізаторів, склавши з ними та з окремими товаришами соц. замовлення на розробку замовлень в винахідництва й раціоналізації.

III. Офіційна частина

ОРГАНІЗАЦІЙНА ЧАСТИНА

120. Про виробничі майстерні при установах НКОЗ

Оголошується тут типове положення про майстерні при установах НКОЗ і список майстерень, які тепер існують в системі інститутів і лікарень Наркомздоров'я й на яких поширюється це положення.

Пропоную сектору медсанвиробництва й постачання застосувати положення до зазначених майстерень із належними змінами відповідно до мети та завдань кожної майстерні.

УВАГА: 1) Положення не поширюється на майстерні, які організовано в складі госпрозрахункових інституцій на підставі п. 4 статуту цих інституцій.

2) Організовувати та відкривати нові майстерні можна лише з попереднього дозволу Наркомздоров'я, одночасно подаю чи на затвердження НКОЗ спеціяльне положення про кожну нову майстерню на засадах оголошеного типового положення.

Заст. Наркомздоров'я — **Саратіков**

Затверджую:
Заст. Наркомздоров'я: С. Саратіков
21 травня 1931 року

ПОЛОЖЕННЯ
про виробничі майстерні при установах НКОЗ (не цензові)

А. Загальні засади

1. Виробничі майстерні утворюються при тих установах НКОЗ (інститутах, лікарнях тощо), що мають велику та складну апаратуру, відчуваючи через те потребу мати в своєму складі постійні майстерні для ремонтування, часткового виготовлення апаратури й для експериментальних робіт у цій галузі.

2. До завдань майстерні належить: а) провадити ремонт апаратури свого інституту (лікарні), а також тих установ НКОЗ, що обслуговувати їх доручать даній майстерні: б) провадити експериментальну роботу в галузі виробництва нової апаратури за завданням установ, визначених у п. а; в) налагоджувати масове виробництво окремих видів, частин і деталей апаратури за умови задоволення власних потреб інституту (лікарні) і тих установ, що їх обслуговує дана майстерня (п. п. а і б).

3. Виробничі майстерні являють собою госпрозрахункові підприємства, що здійснюють свою виробничу роботу на договірних засадах і зі своїм інститутом (лікарнею), і з тими установами, які майстерня обслуговує.

4. Майстерні перебувають під безпосереднім адміністративним керівництвом завідателів тих установ, що при них організовано ці майстерні. Останні не мають окремого господарства, рахівничого та канцелярського персоналу: в цьому їх цілком обслуговує штат установ, при яких організовано майстерні. В окремих випадках додаткові витрати на обслуговування майстерень штатом інститутів (лікарень) провадиться коштом майстерні.

5. Керувати виробничою діяльністю майстерні нележить сектору медсанвиробництва НКОЗ, що здійснює це керівництво через директорів, (головлікарів лікарень), при яких організовано майстерні.

6. Майстерні не мають прав юридичної особи, а через те не мають окремих печаток, користуючись у належних випадках печаткою своєї установи (інституту, лікарні).

Б. Кошти

1. Увесь інвентар, обладнання, сировина та матеріяли, що будуть у розпорядженні майстерень підчас оголошення цього положення, закріплюються за відповідними майстернями; їх неможна використовувати для потреб і своїх інститутів, і для інших установ.

Вилучити із майстерні те або те майно можна лише з дозволу або розпорядження сектора медсанвиробництва НКОЗ.

2. Облік усіх коштів майстерень провадить бухгальтерія відповідних інститутів, (лікарень), маючи окремий рахівничий плян, що затверджує сектор медсанвиробництва НКОЗ.

Майстерні не відкривають у Держбанку окремих розрахункових рахунків, а користуються загальними рахунками своїх інститутів (лікарень).

3. Використовувати грошові кошти майстерень для потреб інститутів (лікарень), навіть тимчасово, забороняється.

4. Майстерні користуються своїми коштами та здійснюють свої завдання за плянами, що затверджує сектор медсанвиробництва НКОЗ.

В. Управління

1. На чолі майстерні є директор відповідного інституту (головлікар лікарні), якому майстерня безпосередньо підпорядковується в адміністративному розумінні.

У разі майстерня значно розширюється, директор має право порушити перед сектором медсанвиробництва НКОЗ питання, щоб призначили окремого завідателя майстерні.

2. До компетенції директора інституту (головлікаря лікарні) в справі майстерні належить: а) безпосередньо керувати майстернею в справі адміністративній; б) керувати виробничою діяльністю майстерні в межах затвердженого від НКОЗ промфінпляну та за окремими вказівками сектора медсанвиробництва НКОЗ; в) призначати, пересувати та звільняти персонал майстерень на підставі чинного законодавства; г) порядкувати всіма коштами майстерні в межах затвердженого промфінпляну; д) наглядати за своєчасним постачанням майстерні облаштування, сировини, матеріялів тощо; е) купувати та продавати майно майстерні (за винятком продажу машинного обладнання, що належить провадити лише, попередньо погоджуючи із сектором медсанвиробництва НКОЗ); ж) наймати всілякі приміщення для майстерні; з) складати пляни виробничої діяльности майстерні; і) своєчасно подавати встановлену оперативну звітність; к) складати умови на всілякі замовлення для майстерні та на реалізацію її продукції; л) позивати та відповідати судові в справах майстерні.

П р и м і т к а: У разі з дозволу НКОЗ встановлять посаду зав. майстерні, функції, зазначені в цьому артикулі, виконує зав. майстерні за попереднім погодженням з директором інституту (головлікарем лікарні).

3. Директор (головлікар лікарні) підписує все листування в справах майстерні, причому листування фінансового характеру мусить скріплювати старший бухгальтер інституту (лікарні).

Г. Звітність

1. Інститут (лікарня), при яких утворено майстерні, повинні: а) на початку операційного року подавати до НКОЗ на затвердження річні виробничо - фінансові пляни своїх майстерень, б) по закінченні року складати та подавати сектору медсанвиробництва річні звіти про діяльність майстерень, в) подавати сектору медсанвиробництва періодичну оперативну звітність. Терміни та форми звітности встановлює сектор медсанвиробництва НКОЗ;

Крім звітности для потреб НКОЗ, інститути (лікарні) зобов'язані давати звіт про діяльність майстерень за вимогами місцевих плянуючих органів (міськпляни, обліпляни, за формами, що встановлюють ці органи для виробничих підприємств.

2. Право розподіляти прибутки майстерень належить виключно сектору медсанвиробництва та постачання НКОЗ.

3. Ревізію майстерень провадить сектор медсанвиробництва та постачання НКОЗ встановленим від наркомату порядком.

Д. Ліквідація майстерень

1. Ліквідація майстерень при інститутах (лікарнях) може проводитись лише з постанови НКОЗ.

2. Все майно та грошові кошти, що залишаються після ліквідації майстерні, НКОЗ використовує для потреб своїх інших виробничих підприємств.

121. Справі розвитку с.-г. заходів у медсанустановах — пильну увагу.

До всіх обздоровділів, здоровінспектур Донбасу, Сумської райздоровінспектури. Копія-НКОЗ АМСРР.

Підчас обстеження від представників Наркомздоров'я Сумської райздоровінспектури в справі розвитку с. г. заходів, виявлено ряд неприпустимих недоліків у організації цієї справи, ігнорування директив Наркомздоров'я.

Із відведених 124 га землі лікарні Сумського району засвоїли лише 57 га. Засів кормового буряку (15 га) надзвичайно засмічений бур'янами, немає належного нагляду за посівами, просапку провадять недбайливо.

Засів проса та магару на траву перевели безгосподарно, порушуючи елементарні вимоги агротехніки, місцевих агрономів не притягували до консультації, не використали допомоги від райземвідділу.

Отже, щоб надалі не повторювалися такі випадки безгосподарного ставлення до розвитку с. г. заходів лінією медсанустанов, Наркомздоров'я пропонує таке:

1. Приділити справі розвитку с. г. заходів належну увагу;
2. Організовуючи с. г. заходи, суворо додержуватися вимог агротехніки.
3. Користуватися якнайширше допомогою від місцевих земельних відділів у справі агрономічної консультації та керівництва розвитком с. г. заходів.
4. Складати реальні пляни й забезпечувати заздалегідь всі потрібні засоби для здійснення їх.

Нарком Охорони Здоров'я **Канторович**

За керівника сектора медсанвиробництва й постачання **Дудавський**

(Об. розп. НКОЗ з 28 липня 1932 р. № 565—07).

122. Про сприяння розвиткові с.-г. заходів лінією медсанустанов Наркомздоров'я.

До всіх обласних земуправ, райземвідділів Донбасу. Копія до НКЗС АМСРР.

За сучасних умов набирає серйозної ваги організація ріжних допоміжних с. г. підприємств при медсанустановах Наркомздоров'я. Розвинення с. г. заходів лінією системи НКОЗ має на меті збільшити харчові ресурси лікарень і поліпшити матеріяльно-побутові умови для медперсоналу.

По психлікарнях, де організовано спеціяльні трудколонії, — розвиток с. г. заходів має виняткову вагу для трудотерапії. По окремих інститутах НКОЗ розвиток с. г. заходів має величезне значення науково-експериментального порядку (санбакінститути, ендокринологічні, ортопедичні інститути тощо).

Від земельних органів на місцях та всієї системи НКЗС належить надавати всіляку допомогу медсанустановами й максимально сприяти розвиткові с. г. заходів у них.

Наркомздоров'я дав директиву лінією своєї мережі, щоби в кожній лікарні на місці організували городи, кролятники, утримували б корів та відгодовували свині, використовуючи для цього покидьки господарства і спеціяльні власні засіви. На місцях дано лінією Наркомздоров'я плянові завдання в цьому.

Наркомземсправ пропонує:

1. Відвести на місцях медсанустановам належні площі землі і для городів, і для засівів кормових культур.

2. Відвести для користування медсанустанов певні ділянки луків.

3. Ужити заходів на забезпечення медсанустанов насінням, реманентом, племматеріялами, будівельними матеріялами, кормами та інше, включаючи їхні заявки до загального плянового постачання.

4, Надати допомогу медсанустановам для розвитку с. г. заходів тягловою силою, реманентом та інш. від МТС та радгоспів.

5. Організувати шефство окремих радгоспів, МТС, колгоспів, с. г. шкіл над медсанустановами, сприяючи розвитку в них с. г. заходів допоміжного характеру.

6. Надати належну агрономічну, консультаційну допомогу, забезпечити господарства Наркомздоров'я належними кадрами.

7. Розглянути спеціяльно пляни розвитку с. г. заходів та організації допоміжних підприємств лінією медсанустанов, заслухавши в цій справі доповіді облздоровідділів, рай та міськздоровінспектур, психлікарень та інститутів, звернувши особливу увагу на розвиток городництва та кролівництва й відгодівлю свиней лінією медсанустанов.

Підкреслюючи серйозне значення розвитку допоміжних с. г. заходів лінією медсанустанов НКОЗ, Наркомземсправ пропонує надати всіляку допомогу в цьому місцевим здоровінспектурам та медустановам, давши вказівки на місця.

Заст. Наркомземсправ **Конотоп.**

(Об. розп. Наркомземсправ УСРСР з 5 липня 1932 р. № 9-10).

123. Про плянові завдання відгодівлі свиней, при лікустановах

До облздоровідділів, МЗІ, та райздоровінспектур. Копія НКОЗ АМСРР.

Всіма попередніми директивами в справі с. г. заходів лінією медсанустанов НКОЗ підкреслював завдання відгодівлі свиней на базі наявних покидьків господарства (кухонні тощо) по медсанустановах.

Проте в низці лікарень організація свинарства має значні недоліки, НКОЗ на додаток до директиви № 56507-149 з 7 квітня 1932 р. пропонує:

1. Додержуватися в галузі свинарства в основному напрямку відгодівлі свиней на м'ясо та сало. Ставити моксимально можливу кількість свиней на відгодівлю.

2. Протягом 1932 по лікарнях В (области на базі наявних покидьків їдалень при лікарнях належить відгодувати не менш за... *) дорослих свиней (старше 6 місяців); виходячи з розрахунку — наявности відцідженних покидьків на кожного хворого 200 гр. на день, — на кожні 20 — 25 хворих (річних) належить і можна відгодувати не менш, як 1 свиню на рік.

3. Свиней для відгодівлі треба діставати на місці (із с. г. трудколоній психлікарень, околишніх лікарень, радгоспів. колгоспів тощо). У разі неможна забезпечити безперебійне одержання протягом цілого року потрібного свинматеріялу з будьяких джерел, утримувати відповідну кількість свиноматок для забезпечення власного приплоду для вирощування та відгодівлі.

4. Відгодівлю організовувати в такий спосіб, щоб увесь час протягом року свині стояли на відгодівлі, щоби повнотою використати всі наявні покидьки в лікарні.

5. Встановити на місці взаємозв'язок між окремими медустановами, а також здоровінспектурами, щодо передачі з одних медустанов, що мають свиноматок, для розплоду частини підсвинків з їхнього приплоду до суміжних медустанов, які через обмеженість наявних покидьків та кормів не можуть утримувати власних свиноматок і продукувати для себе свиноматеріял для відгодівлі.

С. г. трудколонії психлікарень мають завдання утримувати збільшену кількість свиноматок, щоб поруч відгодівлі свиней вирощувати свиноматеріял і постачати суміжним медсанустановам свиноматеріял для відгодівлі,

Відповідні здоровінспектури та медсанустанови повинні зв'язатися в цьому з психлікарнями, розташованими недалеко них.

6. Щоб забезпечити концкормами для відгодівлі свиней та утримання свиноматок, треба кожній медсанустанові, що відгодовуватиме свиней, мати ще й власні засіви зернових культур в розрахунку $1/3$ га на 1 відгодовувану свиню.

В разі змоги, можна придбати концкорми на стороні.

7. Бажано також, в разі є змога сіяти коренеклубнеплоди для розширення відгодівлі свиней, не обмежуючися використанням наявних кухонних покидьків.

8. Щоб розширити відгодівлю свиней по медсанустановах, використовувати також покидьки громадського харчування, що можна діставати на стороні. Медсанустанови повинні вживати заходи на одержання цих покидьків від близько розташованих пунктів громадського харчування.

9. Для збирання покидьків харчування по всіх кухнях та їдальнях встановити спеціяльний посуд і стежити за тим, щоб не кидати в ці покидьки речовин, що шкодять відгодовуваним свиням.

*) Місцям розіслали відповідні цифри для кожної области, — Ред.

10. Згодовувати свиням лише свіжі покидьки, проціджені, а залежно від складу покидьків і проварювати їх. Особливо обережно ставитися до покидьків м'ясних продуктів.

11. Для відгодівлі та утримання свиней забезпечити належне приміщення, примітивне, але сухе, тепле з достатнім освітленням, вентиляцією, утрамбованою підлогою.

12. Встановити належний нагляд за утриманням свиней, чистоту, ветеринарний догляд, санітарні умови.

13. Вести певний облік кормів, приплоду, руху свиней, одержаної продукції зі свинарства. На убой свиней складати спеціяльні акти, визначивши забойну вагу, здобуте м'ясо та сало.

14. Облздороввідділи та НКОЗ АМСРР повинні негайно дати відповідні вказівки й завдання всім здоровінспектурам, підкресливши, що основний напрямок свинарства це відгодівля свиней.

Здоровінспектурам треба негайно забезпечити організацію відгодівлі свиней по всіх лікарнях, визначивши для них плянові завдання, не припускаючи загибелі покидьків їдалень.

15. Скористатися на місці з консультації місцевих агрономів і зоотехніків.

Керівник управління медсанбудівництва та постачання **Шейнгольд.**

Завідувач сільсько-господарської групи **Орлова.**

(Об. розп. НКОЗ з 15 липня 1932 року № 56506).

КАДРИ

124. Про заходи до поліпшення матеріяльно-побутового стану медперсоналу

(Постанова ВУЦВК'у з 20 червня 1932 р.)

Щоб утворити найсприятливіші умови роботи медичного персоналу і поліпшити його матеріяльно-побутовий стан, Всеукраїнський Центральний Виконавчий комітет і Рада Народніх комісарів УСРР постановили;

I.

1. Старший та середній медперсонал та їхні родини постачаються харчуванням і речами широкого вжитку в промислових районах та новобудах за нормами інженерно-технічних робітників, а по сільських місцевостях за нормами вчителів.

Зазначене постачання провадиться з централізованих фондів через робітничі або спеціяльні закриті розподільники, а там, де їх немає, через загальну систему споживчої кооперації.

Медробітників старшого й середнього персоналу медсанцехів, пунктів першої допомоги на підприємствах та інших медичних і санітарних установ, що обслуговують промислові підприємства або новобудови, прикріплюються до закритих розподільників і їдалень даного підприємства, новобудови, нарівні з інженерно-технічними робітниками.

Запропонувати НКПостачання УСРР забезпечити здійснення всіх цих заходів з 1 липня 1932 р.

2. Старший і середній медперсонал, що працює в робітничих селищах, по новобудах та на селі, забезпечуються безплатним житлом, опаленням і освітленням, засобами відповідних промпідприємств, міськрад і райвиконкомів та сільрад за належністю: якщо житлоплощі надати натурою неможна, то медперсоналу виплачується вартість найнятого приміщення за існуючими нормами.

3. Для старшого та середнього медперсоналу, що працює в промислових районах та сільських місцевостях, починаючи з 1-го січня 1932 року встановити періодичні надвишки до основного річного розміру зарплати за кожні 3 роки безперервної роботи 10% основної зарплати. Надвишки встановлюється незалежно від того, чи робота відбувалася в одній або декількох місцевостях.

4. Запропонувати Народнім комісаріятам фінансів і охорони здоров'я УСРР в межах асигнувань на охорону здоров'я вишукати кошти для утворення спеціяльних фондів на підвищення зарплати та преміювання кращих медробітників — ударників. Розмір коштів на цю мету встановити в 3% до загального фонду зарплати для медробітників УСРР.

5. Старший та середній медперсонал, що працює в промислових районах, відряджати до курортів, санаторій і будинків відпочинку нарівні з робітниками.

Цю постанову видається на зміну та доповнення постанови ВУЦВК і РНК УСРР 1930 р. „Про пільги робітникам соцкультустанов“ (зб. Зак. УСРР 1930 р. № 17 арт. 165) та пост. ВУЦВК і РНК УСРР з 6 травня 1931 року „Про поліпшення матеріяльно-побутового стану медперсоналу» (Зб. Зак. УСРР 31 р. № 16, арт. 141).

Голова ВУЦВК'у **Г. Петровський**

Заст. Голови РНК УСРР **Сербіченко**

Секретар ВУЦВК — **Ю. Войцехівський**

(Газета „Вісті“ з 8 липня 1932 р.; Зб. Уз. УСРР 1932 р. ч. 16, стр. 115).

125. Про поліпшення матеріяльно-побутового стану медробітників

(Постанова Наркомпостачання УСРР з 2-го липня 1932 р.).

На підставі постанови ВУЦВК'у та РНК УСРР від 20 червня 1932 р. „Про заходи до поліпшення матеріяльно-побутового стану медперсоналу“—встановити з 1 липня 1932 р. такий порядок постачання продуктів харчування та промкраму старшому та середньому медперсоналу.

1. Старший та середній медперсонал медсанцехів і пунктів першої допомоги на підприємствах постачаються за тими самими нормами, за якими постачаються ІТР цих підприємств, при чому в тому разі, коли вони працюють в гарячих і шкідливих цехах або під землею, вони постачаються, як і ІТР за нормами гарячих цехів і підземних робітників. Утриманці цих медробітників постачаються нарівні з утриманцями ІТР.

2. Увесь інший та середній медперсонал у міських пунктах постачається нарівні з ІТР, а само: в Донбасі та Харкові за нормами списку № 1 1-ої категорії А, а в інших містах за нормами списки № 2 1-ої категорії А; утриманці медперсоналу старшого та середнього постачаються за нормами 2-ої категорії відповідних списків.

3. Старший та середній медперсонал та їхні утриманці в сільських місцевостях постачаються за нормами учителів та їхніх утриманців.

4. Старший і середній медперсонал, що безпосередньо обслуговує підприємство (медсанцех, пункти першої допомоги тощо) прикріплюються до зачинених розподільників та їдалень обслуговуваного підприємства нарівні з ІТР.

5. Управління Постачання ВУКС'у Облпостачвідділам забезпечити реалізацію цієї постанови з 1-го липня.

За заст. Наркомпостачання **Берлін**

Відповідальний секретар когеґії **Усватов**

126. Про зарплату медробітників усіх установ незалежно від джерела фінансування

(постанова НКПраці УСРР з 10 квітня 1932 р.)

Щоб упорядкувати заробітну платню медичних робітників всіх установ, усунути зрівнялівку в оплаті на відзначити провідні професії, Наркомпраці УСРР постановляє:

1. Поширити з 1 січня 1932 року ставки заробітньої плати, порядок оплати і поясовий розподіл УСРР, встановлені за постановою Наркомпраці УСРР з 19 лютого 1932 року № 7 про ставки заробітної платні медичним робітникам (Вісті НКП УСРР 1932 р, № 7) на медичних робітників всіх установ, незалежно від джерел фінансування, а саме на медичних робітників, що працюють у системах Червоного Хреста, Уплатліку, т-в. „Допомоги“ промстрахкаси, Курупру та будинків відпочинку.

Запроваджуючи в життя цю постанову, кожна медична установа систем, перелічених в арт. І цієї постанови, повинна негайно виділити в межах загального фонду заробітної платні на 1932 р. даної установи певний фонд преміювання, встановивши разом з відповідною профспілковою організацією конкретні показники преміювання з другого кварталу 1932 року.

(Оголошено в „Вістях“ НКПраці УСРР 1932 р. № 11-12)

127. Про зарплату аптечних робітників усіх установ незалежно від джерел фінансування

(Постанова НКПраці УСРР з 8 травня 1932 р.)

Щоб зліквідувати зрівнялівку в оплаті праці аптробітників та відзначити провідні професії, Наркомпраці УСРР постановляє:

1. Поширити з 1 квітня 1932 р. чинність постанови Наркомпраці УСРР з 21 березня 1932 року про державне нормування заробітньої плати для провідних груп робітників аптек, складів та лябораторій всіх медичних установ та організацій, незалежно від джерел фінансування.

(Оголошено в „Вістях" Наркомпраці УСРР 1932 р. № 11-12)

Погоджено з ВУК спілки МСТруд: Шлесер

Затвердив Народній Комісар охорони здоров'я С. Канторовіч

15 липня 1932 р.

128. ІНСТРУКЦІЯ

про розподіл випуску медичних і фармацевтичних ВИШ'ів і технікумів 1932 року

1. Усі особи, що закінчують 1932 року медичні та фармацевтичні ВИШ'і і технікуми-стипендіяти й не стипендіяти, напрямлюються після закінчення на обов'язкову трирічну роботу.

2. Розподіл усіх, що закінчили мед. і фарм. ВИШ'і та технікуми, провадиться за пляном і розверсткою Наркомздоров'я виключно за нарядами сектора кадрів НКОЗ.

Жодний, що скінчив Мед. або фарм. ВИШ або технікум, не може бути прийнятий на роботу без відповідного наряду від сектора кадрів.

3. Плян розподілу молодих фахівців складає сектор кадрів відповідно до загального пляну охорони здоров'я на рік за погодженням з відповідними оперативними секторами. Затверджує плян Народній Комісар охорони здоров'я.

4. Розверстка молодих фахівців провадиться завчасно на підставі заявок і потреб окремих споживачів і лінією НКОЗ, і лінією інших урядництв, на підставі кількісного та якісного обліку молодих фахівців.

5. Розподіляючи молодих фахівців на роботу, сектор кадрів встановлює певну кількість фахівців, які передаються в розпорядження облздоровввідділів і напрямлюються на роботу за вказівками облздоровввідділу, з тим, що облздоровввідділ повинен виконати в межах цього контингенту певний встановлений від НКОЗ ліміт для національних і відсталих районів своєї области.

6. Безпосереднє напрямлення випускників на роботу провадить окрема комісія при Мед ВИШ'і або технікумі в складі:

а) по інститутах—представника НКОЗ, директора інституту, представника облздоровввідділу, представника спілки Медсантруд та представника профкому, а по фармінститутах — бере участь, крім того, представник від ВАУ;

б) по технікумах—представника облздоровввідділу, або з його доручення райздоровінспектор (міськздоровінспектор), директора технікума, представника профкома МСТруд.

7. У нарядах на роботу, які НКОЗ посилає для випускників медичних і фармацевтичних ВИШ'ів, зазначається посада та орган охорони здоров'я, в розпорядження якого треба напрямити фахівця та на яку посаду. Комісія вирішує питання щодо персонального призначення на дану роботу й вручає наряд.

8. Випускники члени партії, КСМ та окремі товариші, рекомендовані на адміністративну або наукову роботу і що за вирішенням НКОЗ напрямлюються на цю роботу, одержують через комісію іменні наряди від НКОЗ.

9. Розподіл не персональних нарядів (п. 8) провадиться певною послідовністю: перше за все виконуються наряди з написом" для провідної галузі промисловости", потім для Вінничини та АМСРР і після повного виконання цих нарядів — решта нарядів. Комісія повинна слідкувати, щоби за цими першочерговими нарядами було напрямлено цілком мобільних товаришів.

Підчас розподілу треба додержуватися однакового статевого співвідношення, напрямляючи до району однакову кількість чоловіків і жінок.

10. Напрямлення на наукову роботу до інститутів НКОЗ на посади аспірантів або асистентів провадиться виключно за іменними нарядами НКОЗ, з подання або рекомендації мед. інститутів, науково-дослідчих інститутів. Ці рекомендації не обов'язкові для НКОЗ, і т. т., рекомендовані на наукову роботу, в разі потреби можуть напрямлюватися на іншу роботу.

11. Напрямлення молодих фахівців та ті або ті курси підготовки або спеціялізації провадиться виключно за нарядами НКОЗ, при чому відбір на ці курси провадить комісія ВИШ'у, або технікуму.

12. Молоді фахівці з нацменів напрямлюються переважно на роботу до нацменрайонів.

13. Розподіляючи молодих фахівців, комісія ураховує по можливості бажання товаришів працювати в тій або тій місцевості УСРР поза великими містами, зокрема, коли це бажання рунтується на родинному зв'язкові.

14. Молоді фахівці, що бажають з дуже поважних причин виїхати на роботу в іншу республіку, повинні подати комісії клопотання відповідного наркомздоров'я союзної республіки про відкомандирування із визначенням, що замість даного товариша в розпорядження НКОЗ УСРР відряджується інший товариш.

Питання про дозвіл виїхати з УСРР вирішує для лікарів сектор кадрів НКОЗ, а для середнього персоналу — облздороввідділ.

15 Напрямлення до медВИШ'у осіб, які закінчили медтехнікуми, провадиться виключно за нарядами НКОЗ і тією кількістю, яку передбачено цими нарядами.

16. Молоді фахівці — дружини військово-службовців кадрового начскладу, напрямлюються на роботу переважно в ті місцевості УСРР, де служать їхні чоловіки.

17. Молодих фахівців — вагітних жінок, починаючи з п'ятого місяця вагітности та тих жінок, що мають дітей до одного року, відряджується на роботу до місцевостей УСРР за їхнім бажанням.

18. Молодих фахівців, які відмовляються виїхати, мотивуючи це станом свого здоров'я, комісія ВИШ'у або технікуму напрямлює для експертизи до БЛЕ, де така є, або до окремої лікарської комісії під головуванням міськ(рай)здоровінспектора, в разі бюра нема.

Лікарська комісія повинна не обмежуватись констатацією наявности захворування, коли таке є, але разом із зазначенням клінічних явищ визначити, в яких саме умовах може працювати цей молодий фахівець.

Вирішення лікарських комісій підлягають затвердженню від обл. здоров. відділу.

19. Усі молоді фахівці, яких залишать у місті розташування ВИШ'у, або технікуму з родинних мотивів, або за станом здоров'я (п. п. 15, 16, 17), зараховуються до контингенту, який залишається для области за розподілом.

Ті, що залишаються на наукову роботу, до розподілу обл. здоров. відділу не зараховуються.

20. Наряди на роботу вручаються не пізніше, як за шість днів до закінчення курсу. Протягом трьох день після закінчення терміну відпустки молодий фахівець повинен прибути до місця призначення.

21. Одночасно з виданням наряду ВИШ'і та технікуми виплачують молодим фахівцям із сум, які ці ВИШ'і та технікуми повинні завчасно одержати від відповідних органів охорони здоров'я, до яких направляються ці фахівці, аванс розміром: лікарям — 75 крб., середн. персоналу — 30 крб. в рахунок сум, які виплачує орган охорони здоров'я, в розпорядження якого напрямляється молодий фахівець відповідно до постанови ЦВК та РНК СРСР з 21 листопада 1931 р. „О компенсациях и гарантиях".

Прибувши на місце призначення, коли це місце є на віддалі більш 25 кілометрів від місця, де розташований ВИШ або технікум, той орган або установ, в розпорядження якої напрямлено молодого фахівця, виплачує останньому:

1) півмісячний склад утримання за посадою;

2) вартість переїзду робітника, членів його родини та вартість перевозу майна в межах до 240 клг. на робітника та 80 клг. на кожного члена родини;

3) добові за час перебування в дорозі розміром 1/30 місячної ставки за новою посадою, але не менш 2 крб. 50 коп. і не більш 10 карб. на день;

4) в тому разі, коли разом із робітником переїжджають члени його родини (дружина, діти, батьки), на кожного такого члена родини видаються підйомні розміром $^1/_8$ місячної зарплатні молодого фахівця.

Із цих сум відраховується аванс, що його було сплачено в ВИШ'і (технікумі), коли цей аванс був сплачений з його коштів.

22. Дипломи та свідоцтва всіх, що закінчили мед. та фарм. ВИШ'і та технікуми, на руки не видаються, але пересилаються до того органа, в розпорядження якого напрямлено молодого фахівця. Разом із дипломом та свідоцтвом пересилається і трудсписок, що його ВИШ або технікум складає на кожного, що скінчує.

23. Молодих фахівців-лікарів, (за винятком санлікарів усіх категорій та лікарів ОЗДП), які прибули в розпорядження органів охорони здоров'я, бажано призначити не менш, як на 3 місяці до установ, де є ще лікарі:

Органи охорони здоров'я обов'язані використовувати лікарів з сан. гіг. ухилу, охматдиту та ОЗД виключно за цими ухилами і переводити їх на іншу роботу навіть за згодою лікаря забороняється. Лікарі, яких напрямлено з цільовим призначенням до провідних галузей промисловости, треба обов'язково використати у відповідних медсанустановах.

24. Осіб, які закінчили медичні технікуми, можна призначати на самостійну лікувальну роботу (пункти першої допомоги тощо, без лікаря) лише після чотиримісячної роботи в установах під керуванням лікаря.

25. Молоді фахівці, яких напрямлено на роботу поза містами, обов'язково забезпечуються кватирами на підставі постанови ЦВК та РНК СРСР з 21 листопада 1931 р.

26. Молодих фахівців, направлених на трирічну роботу, не можна звільняти до закінчення трьох років. У разі неможливости з яких небудь причин використати їх надалі в районі або місті, їх треба відкомандировувати в розпорядження облздороввідділу, а з районів, відпорядкованих центру—до НКОЗ.

27. У разі молодий фахівець відмовиться виїхати на роботу за нарядом НКОЗ, або посісти посаду, що її було запропоновано на місці призначення, ВИШ або технікум притягає його через місцеву прокуратуру до відповідальности за арт. 72 Адм. Код. та за обіжником НКЮсту № 13. 1-55 02. 17-5-XI 1930 р. (відділ прокуратури), при чому директор інституту (технікуму), не обмежуючись переданням справи, повинен вжити всіх заходів до виїзду через ріжні громадські організації та пресу, а також позов про повертання грошей, які витратила держава на навчання.

28. Осіб, що відмовились виїхати за нарядом, незалежно від притягнення до відповідальности, забороняється:

а) реєструвати в органах охорони здоров'я та надавати їм яку-небудь роботу в медсанустановах штатну або понадштатну;

б) допускати до підвищення кваліфікації, приймати на курси аспірантури, інтернатуру, приймати до ВИШ'ів НКОЗ;

в) видавати їм дипломи, свідоцтва або будьякі довідки з ВИШ'ів та технікумів.

Затвердив.

Наркомздоров'я УСРР **Канторовіч**

28-VI-1932 р.

129. Про прийом аспірантів восени 1932 року

Наркомздоров'я УСРР оголошує осінній прийом 1932 року аспірантів кількістю 163 осіб з таких дисциплін: (див. таблицю на стор. 286).

Правила прийому

1. На аспірантів затверджується кандидатів, що їх висувають або рекомендують державні й господарські органи, науково-дослідні установи ВИШ'і, ВТИШ'і, партійні та професійні організації, насамперед із робітників, колгоспників та їхніх дітей.

2. До складу аспірантів зараховується осіб віком не більш 35 років.

У в а г а: Як виняток, до складу аспірантів можна прийняти осіб понад 35 років, в разі вони мають хист до наукової праці, великий практичний науково-педагогічний стаж, робітників з виробництва, (винахідників, ударників, робітників лябораторій тощо).

3. Особи, що бажають вступити до аспірантури, повинні подати до приймальних комісій Інститутів удосконалення лікарів (Харків, Київ, Одеса), або медінституту (Дніпропетрівське, Сталіно) та сан.-гіг. ін-та (Луганське) такі документи:

1) Заяву про бажання вступити до аспірантури, зазначивши, до якої саме науково-дослідної установи або катедри, відділу або секції;

2) заповнені аспірантські анкети;

3) життєопис;

4) Документ про закінчення ВИШ'у або ВТИШ'у.

У в а г а: Особи, що не мають вищої освіти, але працюють на виробництві або зарекомендували себе в галузі винахідництва або своїми роботами виявили здатність до наукової праці та бажають вступити до аспірантури, замість дипломів про закінчення ВИШ'у або ВТИШ'у подають характеристику своєї роботи, що їм дають відповідні компетентні органи.

5) Рекомендацію від дирекції ВИШ'у, ВТИШ'у й профкому, якщо кандидат закінчив ВИШ не більш, як рік, в іншому разі рекомендацію ВУК'у, міськкомітету або райкому профспілки та від адміністрації тієї установи, де працює кандидат.

6) Документ про військову службу.

7) Документ про стан здоров'я.

8) Партійні мусять обов'язково подати командировку відповідної партійної організації: МПК, райкому, райкому ЛКСМ, партколлектива ВИШ'у.

9) Хто не має в дипломі відмітки про знання укрмови, мусить подати посвідку про знання такої:

У в а г а: 1. Громадян інших республік СРСР звільняється від обов'язку подавати довідки про знання укрмови за умови, що вони мусять засвоїти її протягом першого року аспірантури.

2. Хто не знає жодної чужої мови повинен протягом одного року аспірантури засвоїти одну з них.

3. Прийом аспірантів відбувається за системою кольоквіюмів, на яких кандидат доповідає обрану ним тему, складає кольоквіюм з діялектичного матеріялізму. Тему треба одержати в інституті, куди подається заяву.

4. Роботу кандидата до аспірантури за деякий час до початку кольоквіюму передається на відповідну рецензію.

5. Від кольоквіюмів і подання роботи звільняються кандидати до аспірантури, що скінчили підготовні курси.

6. Осіб, що відзначилися своєю роботою та мають друковані праці, можна прийняти до аспірантури на скорочений термін підготовки, але не менш, як на 1 рік.

7. Приймальні комісії складають списки прийнятих аспірантів і передають їх на остаточне затвердження сектору кадрів НКОЗ.*)

*) Продовження див. на стор. 287—*Ред.*

Розподіл набору аспірантів за дисциплінами 1932 року

№№	Назва дисциплін	Харків	Київ	Одеса	Дніпропетровське	Сталіно	Луганське	Разом
		Кількість	Кількість	Кількість	Кількість	Кількість	Кількість	
1	Анатомія	2	—	—	2	2	—	6
2	Патол. анатомія	3	3	—	—	—	—	6
3	Гістологія	2	—	—	—	3	—	5
4	Фармак. з токсикол.	3	—	3	—	—	—	6
5	Фізіолог. загальна	3	—	—	2	—	—	5
6	Фізіологія патологічна	2	2	—	—	—	—	4
7	Фарм. хемія	—	—	—	—	—	—	—
8	Біохемія	—	4	—	—	—	—	4
9	Біологія	—	—	—	—	—	—	—
10	Гігієна загальна	2	—	3	—	—	—	5
11	Гігієна соціяльна	4	—	—	—	—	—	4
12	Житл. спр. та ком. гігієна	5	2	3	3	—	3	16
13	Протозоологія	3	—	—	—	—	—	3
14	Судова медицина	—	—	2	—	—	—	2
15	Саніт. педагогіка	2	—	—	—	—	—	2
16	Стоматологія	—	—	—	—	—	—	—
17	Хірургія	—	—	3	3	—	—	6
18	Бактеріологія	—	—	4	—	—	—	4
19	Епідеміологія	—	4	—	—	—	—	4
20	Теорія радянської медицини	—	—	—	—	—	—	—
21	Венерологія	—	—	2	—	—	—	2
22	Психологія	2	—	—	—	—	—	2
23	Психоневрологія	2	—	--	—	—	—	2
24	Туберкульоза	2	—	2	—	—	—	4
25	Рентгенологія	2	—	—	—	—	—	2
26	Профгігієна та фізичн. пр.	4	3	—	3	3	—	13
27	Психотехніка	—	—	—	—	—	—	—
28	Ляринголоґія	—	2	—	—	—	—	2
29	Офтальмологія	2	—	—	—	—	—	2
30	Педіятрія	—	2	—	—	—	—	2
31	Педологія	—	—	—	—	—	—	—
32	Охорона здоров'я дітей	2	2	—	—	—	—	4
33	Ортопедія	2	3	—	—	—	—	5
34	Харчування	8	—	12	—	—	—	20
35	Біохемія харчування	—	—	—	—	—	—	—
36	Фізкультура	2	—	2	—	—	—	4
37	Фізіотерапія	—	—	2	—	—	—	2
38	Терапія	2	2	2	—	—	—	6
39	Акушерство і гінекологія	—	2	—	—	—	—	2
40	Рентгенофізика	—	—	—	—	—	—	—
41	Топографічна анатомія	—	—	—	—	—	—	—
42	Соціяльна гігієна дит. віку	—	—	—	—	—	—	—
43	Ендокринологія	3	—	—	—	—	—	3
44	Очні хвороби	—	—	—	—	—	—	—
45	Медична клінична аналіза	—	—	—	—	—	—	—
46	Інфекційні хвороби	2	--	—	2	—	—	4
	Разом	66	31	40	15	8	3	163

8. Приймальна комісія складається з представників інституту удосконалення лікарів, мединституту, облздороввід. уповноваженого бюра інститутів, обов'язково осіб, що приймають кольоквіюм (керівник відповідного інституту або катедри), представники партійного осередку), якщо партосередку немає, то від партійного комітету) профорганізацій. Остаточне затвердження провадить НКОЗ.

Увага: Рішення приймальної комісії можна оскаржувати до сектора кадрів НКОЗ.

Аспірантуру провадитиметься в наукових інститутах та катедрах медВИШ'ів, — Харкова, Києва, Одеси, Дніпропетровського, Сталіна га Луганського.

Всі потрібні методологічні та інші вказівки щодо кольоквіяльної роботи можна дістати в інституті вдосконалення та мединституті (Дніпропетровське, Сталіно), де підчас набору аспірантів утворюватимуться консультаційні бюра. Осіб, що їх обрано на аспірантів, буде повідомлено нститутам про обрання. Термін аспірантури — $2^1/_2$ роки (пересічно). Останній термін подачі заяв 25 вересня 1932 року. Умови аспірантури—зарплата 170—200 карб. передбачається надати місце в гуртожитку лише для самого аспіранта на час аспірантури.

Керіівник сектора кадрів **Меніовіч.**

Об. розп. НКОЗ з 28 червня 1932 р.). Ст. інспеторк кадрів **Бродер.**

Затвердив
Член колегії НКОЗ т. Туркельтауб
25 червня 1932 р.

ОХМАТДИТ

130. Зразкове меню та розподіл продуктів для дитячих ясел

Значне розгортання ясельної мережі і в містах, і на селі, ставить актуально питання про раціоналізацію всієї роботи ясел. Одним з важливіших питань правильного налагодження ясел є раціональна постановка справи годування дітей.

НКОЗ через Харківські Інститути харчування та охматдиту опрацював розкладку та меню для дітей ясельного віку, якою слід керуватись у роботі ясел (див. додаток табл. № 1).

З трьох місяців дітям призначають соки з садовини, але ж у кожному окремому випадкові призначення та кількість установлює лікар (помаранчовий, цитриновий, капустяний, морквяний тощо).

З шости місяців дітям дають юшку з городини, що її засипано крупою та заправлено маслом, сухарі з білого хліба.

З $6^1/_2$ м. призначають суп пюре з городини, на підгодування—обід, суп з городини та кьосіль.

З сьоми міс. дають два підгодовування:

1) каша та кисіль; 2) суп з городини та кисіль.

З восьми міс. — 1) каша та кисіль; 2) суп і пюре.

В пюре можна покласти виварену та розрідйену на тертушці печінку.

Дев'яти місяців дають 3 підгодовування. Перші два — ці самі, що й 8 місячним, а на третє — геркуліс, толокно, фіта, ячменну каву на молоці. В пюре додають розріджене на тертушці м'ясо, або сирий яєчний жовток.

Добові норми:

Назва продуктів	Кільк.	Білки	Жири	Вуглев.	Кальор.
Хліб сірий	140,0	13,70	0,60	66,90	336,0
Крупи	30,0	2,54	0,43	20,33	97,7
Борошно	20.0	2,10	0,20	14,90	72,0
Картопл. борошно	5,0	0,03	—	3,65	15,2
Картопля	150,0	1,65	0,18	20,98	94,5
Городина	100,0	0,65	0,07	4,30	23,2
Садовина	20,0	0,30	—	8,96	3[illegible],1
Цукор	40,0	—	—	37,60	154,2
Разом продуктів рослин. походження	—	20,97	1,48	177,63	830,9
Молоко (включ. сметану й сир	300,0	10,2	10,8	14,6	204
М'ясо	50,0	10,0	3,7	—	74
Масло	17,0	—	15,6	—	147
Яєць	$^1/_6$	1,0	1,0	—	13
Разом продукт. тварин. походження	—	21,2	31,1	14,6	438
Всього за день	—	42,17	32,58	192,22	1268,9

Калораж розраховано нетто

Зразкове меню на 5 день

Перший день

		ПРОДУКТИ	Кільк.	Білки	Жири	Вуглев.	Калор.
Сніданок	Макарони з маслом, кава, хліб з повидлом	Макарон	30,0	3,2	0,2	22,6	108
		Масла	5,0	—	4,8	—	45
		Хліба	40,0	3,9	0,2	19,1	96
		Цукру	10,0	—	—	9,9	40
		Молока	50,0	1,7	1,8	2,4	34
		Повидла	10,0	—	—	—	—
		Разом	—	8,8	7,0	54,0	323
Обід	I Перловий суп	Перлових крупів	10,0	1,0	0,6	7,5	36
		Коріння	10,0	0,1	—	0,9	4
		Картопля	50,0	1,0	—	10,4	50
		Сметани	10,0	0,4	3,5	0,2	35
		Хліба	50,0	4,9	0,2	23,9	120
		Разом	—	7,4	4,3	42,9	245
	II Голубці	М'яса	40,0	8,0	2,9	—	59
		Моркви	40,0	0,2	—	1,8	8
		Капусти	100,0	1,8	0,2	5,1	30
		Масла	5,0	—	4,8	—	45
		Томату	10,0	—	—	—	—
		Хліба	50,0	4,9	0,2	23,9	120
		Разом	—	14,9	8,1	30,8	262
	III Компот	Сухої садовини	25,0	—	0,6	13,1	47,4
		Цукру	10,0	—	—	9,9	41,0
		Разом	—	—	0,6	23,0	88,4
Полуденник	Молоко з печевом	Молока	150,0	5,1	5,4	7,3	102,0
		Цукру	5,0	—	—	4,9	20,0
		Печева	10,0	—	—	—	—
		Разом	—	5,1	5,4	12,2	122,0
Вечеря	Каша розмазня гречана	Крупів гречаних	25,0	3,3	0,6	16,0	87,0
		Масла	5'0	—	4,8	—	45,0
		Молока	50,0	1,7	1,8	2,4	34,0
		Разом	—	5,0	7,2	18,4	166,0
		За ввесь день	—	41,2	32,6	181,3	1206,4

За день

Хліба	140	Молока	250
Макарони	30	Крупів	35
Сметани	10	Городини	140
М'яса	40	Масла	15
Цукру	30	Білків. рослин.	24,3
Картоплі	50	Білк. тварин.	16,9

		ПРОДУКТИ	Кільк.	Білки	Жири	Вугл.	Кальор.
Сніданок	Молочна каша, кофе з хлібом	Крупів	20,0	1,7	—	15,0	70,0
		Молока	150,0	5,1	5,4	7,3	102,0
		Цукру	15,0	—	—	7,3	60,0
		Хліба	40,0	3,2	0,2	19,1	96,0
		Разом	—	10,0	5,6	48.7	328,0
Обід	I Ровсільник	Картоплі	50,0	40,1	0,1	10,4	47
		М'яса	50,0	10,0	3,7	—	74
		Городини	20,0	0,2	—	0,8	8
		Моркви	25,0	0,3	0,1	2,9	21
		Огірків	49,0	—	—	—	—
		Хліба	50,0	4,9	0,2	23,9	120
		Разом	—	15,5	4,1	38,0	260
	II Млинці з сиром	Борошна	20,0	2,1	0,2	14,9	72
		Яєць	$^1/_6$ шт.	1,0	1,0	—	13
		Сиру	25,0	3,6	0,1	0,5	31
		Цукру	5,0	—	—	4,9	20
		Молока	30,0	1,0	1,0	1,4	20
		Масла	6,0	—	5,1	—	48
		Сметани	10,0	0,4	3,5	0,2	35
		Разом	—	8,1	10,9	21,9	239,
Полуденник	Чай й повидло з хлібом	Хліба	40,0	3,2	0,2	19,1	96
		Повидла	10,0	—	—	—	—
		Цукру	10,0	—	—	9,1	41
		Разом	—	3,2	0,2	28,2	137
Вечеря	Жарена картопля	Картоплі	200,0	4,0	0,2	21,2	190
		Масла топл.	6,0	—	5,8	—	54
		Разом	—	4,0	6,0	21,2	244
		За ввесь день	—	40,8	26,8	158,0	1208

За день

Хліба	140
Цукру	30
Крупів	20
Борошна	20
Картоплі	250
Городини	85
М'яса	50
Молока	180
Сиру	25
Сметани	10
Масла	12
Яєць	$^1/_6$
Білків рослинних	19,7
Білків тваринних	21,1

Третій день

		ПРОДУКТИ	Кільк.	Білки	Жири	Вуглев.	Кальор.
Сніданок	Кава з молоком, хліб із маслом	Кави	5,0	—	—	—	—
		Молока	100,0	3,4	3,6	4,9	68
		Хліба	50,0	4,9	0,2	23,0	120
		Масла вершков.	10,0	—	8,5	—	80
		Цукру	10,0	—	—	9,9	40
		Разом	—	8,3	12,3	37,8	308
Обід	I Борщ м'ясний	Картоплі	50,0	1,0	0,1	10,4	48
		Моркви	25,0	0,3	0,1	2,9	11
		Буряку	40,0	0,5	—	3,4	16
		Капусти	60,0	1,0	—	3,0	18
		М'яса	40,0	8,0	2,9	—	59
		Хліба житнього	50,0	4,0	0,2	22,5	110
		Разом	—	14,8	3,3	42,2	
	II Картопляні котлети з молотим м'ясом (із борща)	Картоплі	150,0	3,0	0,3	31,2	142
		Масла	5,0	—	4,7	—	45
		Разом	—	3,0	5,0	31,2	187
	III Компот	Свіжої садовини	150,0	0,4	—	18,5	70,3
		Цукру	10,0	—	—	9,9	40,0
		Разом	—	0,4	—	28,4	110,3
Полуденник	Простокваша з сахаром, хліб	Простокваші	150,0	5,1	5,4	7,4	102
		Цукру	10,0	—	—	9,9	41
		Хліба	40,0	3,2	0,1	18,0	96
		Разом	—	8,3	5,5	53,3	239
Вечеря	Пироги з рижовою кашею	Борошна	120,0	2,1	0,2	14,9	72
		Яєць	1/4 шт.	1,5	1,5	—	21
		Олії	3,0	—	—	—	27
		Цукру	5,0	—	—	4,7	20
		Рижу	15,0	1,1	0,2	11,6	53,4
		Разом	—	4,7	1,9	31,2	193,4
		За ввесь день	—	39,5	28,0	206,1	1299,4

За день

Хліба	140,0	Молока	250
Цукру	35	Сметани	—
Крупів	15	Сиру	—
Городини	20	Масла	18,0
Картоплі	200	Яєць	1/4 шт.
Городини	125	Білків росл.	21,5
М'яса	40	Білків тварин.	18,0

Четвертий день

		ПРОДУКТИ	Кільк.	Білки	Жири	Вуглев.	Кальор.
Сніданок	Вініґрета, чай, хліб з повидлом	Картоплі	100,0	2,0	0,2	20,8	94
		Буряку	25,0	0,3	—	2,17	10
		Моркви	25,0	0,3	0,1	2,2	11
		Огірків	40,0	0,1	—	1,28	5
		Капусти	25,0	—	—	1,2	7
		Олії	5,0	—	4,9	—	46
		Хліба	50,0	4,9	0,2	22,5	110
		Цукру	10,0	—	—	9,9	40
		Повидла	10,0	—		—	—
		Разом	—	7,6	5,4	60,05	323
Обід	I Борщ	Сметани	10,0	0,4	3,5	0,2	35
		Картоплі	50,0	1,0	0,1	10,4	48
		Буряку	40,0	0,5	—	3,4	16
		Моркви	25,0	0,3	0,1	2,2	11
		Капусти	60,0	1,0	—	3,0	18
		Томату	10,0	—	—	—	—
		Масла топл.	6,0	—	5,8	—	54
		Хліба	50,0	4,9	0,2	22,5	110
		Разом	—	8,1	9,7	41,7	292
	II Рижов. запіканка	Рижу	25,0	1,9	0,1	19,4	89
		Яєць	1/6	1,0	1,0	—	13
		Молока	50,0	1,7	1,8	2,4	34
		Масла топл.	3,0	—	2,9	—	17
		Разом	—	4,6	5,8	21,8	158
	III Кісіль	Сухої садовини	20,0	0,3	—	8,9	38
		Цукру	10,0	—	—	9,9	41
		Картопл. борошна	5,0	0,03	—	3,6	15
		Разом	-	0,3	—	22,4	94
Полуденник	Кава з булочками	Молока	100	3,4	3,6	4,8	68
		Борошна	30	3,2	0,3	22,4	108
		Олії	3,0	—	2,9	—	27
		Цукру	15,0	—	—	14,9	61
		Разом	—	6,6	6,8	42,1	264
Вечеря	Вареники	Сиру	50,0	7,3	0,3	1,1	62
		Борошна	15,0	1,6	0,15	11,2	54
		Яєць	1/6 шт.	1,0	1,0	—	13
		Сметани	10,0	0,4	3,5	0,2	35
		Молока	30,0	1,0	1,0	1,4	20
		Разом	—	11,3	5,95	13,9	184
		За ввесь день	—	38,5	33,6	202	1310

За день

Хліба	100,0	Городини	135,0	Яєць	1/6
Цукру	35,0	Молока	130,0	Масла	17,0
Крупів	25,0	Творогу	50,0	Білків рослин.	22,3
Борошна	45.0	Сметани	20,0	„ тварин.	16,2
Картоплі	150,0				

П'ятий день

	Меню	ПРОДУКТИ	Кільк.	Білки	Жири	Вуглев.	Кольор.
Сніданок	Картопляне пюре, кава	Картоплі	150,0	3,0	0,3	31,2	142
		Молока	100,0	3,4	3,6	38,0	68
		Масла	3,0	—	2,9	—	27
		Цукру	10,0	—	—	4,9	40
		Хліба	40,0	3,9	0,2	19,1	96
		Разом	—	10,3	7,0	93,2	373
Обід	I Суп з городиною	Картоплі	50,0	1,0	0,1	10,4	48
		Моркви	25,0	0,3	—	2,2	11
		Капусти	40,0	0,7	—	2,0	12
		Масла	3,0	—	2,9	—	27
		Хліба	50,0	4,9	0,2	23,9	120
		Разом	—	6,9	3,2	38,5	218
	II Котлети	М'яса	60,0	12,0	4,4	—	89
		Яєць	$^1/_6$	1,2	1,2		13
		Хліба білого	10,0	4,7	—	4,9	24
		Масла топлен.	3,0	—	2,8	—	27
		Хліба	40,0	3,9	0,2	19,1	96
		Разом	—	21,8	8,6	24,0	249
	III Печені яблука	Яблук	150,0	0,4	—	18,57	77,9
		Цукру	10,0	—	—	4,9	40
		Разом	—	0,4	—	23,47	117,9
Полуденник	Молочна каша	Крупів	20,0	1,8	—	15,1	70
		Молока	100,0	3,4	3,6	38,0	38
		Цукру	10,0	—	—	4,9	40
		Разом	—	5,2	3,6	58,0	178
Вечеря	Оладки	Борошна	25,0	2,6	0,2	18,6	90
		Яєць	$^1/_6$ шт.	1,0	1,0	—	13
		Олії	8,0	—	7,9	—	74
		Разом	—	3,6	9,1	18,6	177
		За ввесь день	—	48,2	31,5	255,77	1312,9

За день

Хліба	140	Масла	17
Цукру	30	Молока	200
Крупів	20	Яєць	$^1/_3$ шт.
Борошна	25	М'яса	60
Картоплі	200	Білків рослинних	27,2
Городини	69	Білків тваринних	21,0

Видачу продуктів на кухню провадити з розрахунку денної норми та наявної кількости дітей для кожної окремої їжі. Якщо бракує можливости реалізувати певне меню, можна замінити одну страву другою. Наприклад:

1. Каша манна, рижова гречана, вівсяна мусять чергуватися й заміняти одна одну.

2. Млинці з сиром можна заміняти млинцями з м'ясом.

3. Запіканку можна заміняти котлетами, виготовлюючи макарони з маслом, з меленим м'ясом, сиром, — давати їх, як крихку запіканку.

4. М'ясо з борщу або супу можна давати меленим першою стравою або з другою (млинці, картопельники й т. інш.).

Бажаючи зберігти співвідношення білків тваринного та рослинного походження кожного дня, можня заміняти таким чином:

Відношення м'яса до риби як 1:1,5; до сиру як 1:1,2. Вермішель, макарони, локша, крупи, як 1:1; Свіжу садовину до сухої, як 5:1. У літні місяці бажано збільшити кількість садовини коштом інших вуглеводанів (крупів, борошна), але ж зважаючи, що вік ясельної дитини має велику нестійкість шлунково-кишкового тракту, треба бути надзвичайно обережним, призначаючи сиру садовину.

Садовина мусить бути досить стиглою, гарно помитою кип'ячою водою, особливо ягоди, суниці, малина.

Сиру садовину давати невеликою дозою, зважаючи не тільки на вік дитини, але також на стан її органів травлення.

Городина мусить бути стиглою, добре помитою, та провареною, а дітям до $1^1/_2$ років добре роздрібненою.

З серпня можна сміливіше призначати сиру городину та садовину (томати, кавуни, яблука, груші тощо).

Готування їжі (особливо влітку) повинно провадити з суворим переведенням всіх правил гігієни та кулінарії: щоденне кип'ятіння посуду, чистота у кухні, боротьба з мухами (вентилятори, сітки на вікнах тощо). *)

131. Про поліпшення стану дитячих кімнат при пологових відділках

До всіх облздороввідділів, міськздоровінспектур і райздоровінспектур Донбасу, до МСУ новобудівництв, Копія — НКОЗ АМСРР і медсансектору Уповнаркомшляхів

Одна з основних проблем в галузі охорони материнства та дитинства — є зменшити захорувавість та смертність серед дітей.

Як відомо, смертність серед дітей забирає найбільше місце в перші дні і навіть в перші години життя дитини. Проте, не зважаючи на те, що при більшість пологових відділків та пологових лікарень має окремі кімнати для немовлят, загальний стан цих кімнат та догляд дітей зовсім не відповідає тим вимогам, які ставить перед нами проблема зменшення дитячої смертности та захоруваности.

Як правило, утримання дитячих кімнат окремо не передбачається і входить до загальної собівартости пологового ліжка. В цій справі є певна знеосібка. Цих кімнат не забезпечено ні достатньою кількістю білизни, ані досить кваліфікованим наглядом.

В наслідок цієї знеосібки є випадки, коли по деяких містах в цих кімнатах спостерігаються чимало інфекційних захорувань дітей (Харків, Одеса), а це вже цілком неприпустимо.

Наркомздоров'я, беручи на увагу величезну ролю правильно поставленого догляду немовлят в перші години та дні їхнього життя, пропонує терміново обслідувати всі дитячі кімнати так при пологових відділках, як і при окремих пологових будинках і пологових лікарнях та вжити рішучих заходів, щоб поліпшити їхній стан, а саме: насамперед забезпечити їх окремим персоналом, для чого, зважаючи на брак такого персоналу, провести короткотермінові семінари з особами, на яких покладено догляд немовлят та організувати обов'язково при всіх кімнатах з кількістю дітей понад 15 невеликі ізолятори для можливости своєчасно ізолювати хвору дитину; ввести суворий нагляд за проведенням профілактики очей немовлят за Креде та забезпечити правильний нагляд за пупцем і зокрема за переховуванням брудної та чистої дитячої білизни; забезпечити дитячі кімнати для туалету дітей гарячою й холодною водою.

Обов'язково до роботи в цих відділках притягти також лікарів педіятрів (можна й за сполученням) і встановити щільний зв'язок дитячих відділків з консультаціями.

Нач. медпрофуправ. — член колегії НКОЗ — **Туркельтауб**
Керівник сектора ОХМД — **Федотова**

(Об. розп. НКОЗ з 22 серпня 1932 р. № 210-11)

132. Про розширення обслуговування дітей робітниць яслами

До всіх облздороввідділів, МЗІ, Райздоровінспектур Донбасу, МСУ нових будівництв, сектори водного транспорта НКОЗ. Копії до НКОЗ АМСРР, медсансектора Уповнаркомшляхів

Подаючи тут постанову РНК СРСР з 21 травня 1932 р „Про поширення обслуговування дітей робітниць яслами", Наркомздоров'я пропонує керуватися цією постановою та вимагати від промисловости організації ясел і відрахувань згідно з постановою з 5 березня 1930 р.

Член колегії НКОЗ **Туркельтауб**

(Об. розп. НКОЗ з 25 липня 1932 р. № 210-11)

*) Таблицю добової пайки для дітей до 1 року див. на стор. 294. Ред.

Таблиця № 1

Годування дітей до 1 року — добова пайка

Вік		При штучному годуванні								При натуральному годуванні			
		Місяці								Місяці			
		0—1	1—2	2—3	3—5	5—6	6—7	7—10	10—20	6—7	7—8	8—10	10—12
	Назва продуктів												
Продукти рослинного походження	Крупи	—	—	15,0	15,0	15,0	15,0	20,0	20,0	10,0	10,0	10,0	15,0
	Цукор	30,0	30,0	50,0	50,0	50,0	45,0	45,0	40,0	20,0	20,0	30,0	40,0
	Картоп. борошно	—	—	—	—	6,0	6,0	6,0	10,0	6,0	6,0	6,0	6,0
	Хліб	—	—	—	—	25,0	25,0	25,0	50,0	25,0	25,0	25,0	50,0
	Городина	—	—	—	—	—	—	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Картопля	—	—	—	—	—	—	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Ягоди	—	—	—	—	25,0	25,0	25,0	50,0	25,0	25,0	25,0	50,0
	Білки	—	—	1,2	1,2	1,29	3,29	5,54	7,71	2,89	4,79	4,79	7,24
	Жири	—	—	0,12	0,12	0,12	0,27	0,41	0,56	0,23	0,33	0,33	0,52
	Вуглеводани	28,2	28.2	58,04	58,04	63,73	70,28	91.56	102,26	43,10	50,70	61,10	88,50
	Калор.	120,0	120,0	251,30	251,30	275,75	310,75	409,85	462,90	163,65	245,65	285,65	403,00
Продукти тварин. походження	Молоко	300,0	400,0	500,0	600,90	600,0	500,0	500,0	500,0	200,0	200,0	400,0	400,0
	Масло	—	—	—	—	5,0	10,0	10,0	15,0	5,0	5,0	10,0	15,0
	Білки	9,9	13,2	16,5	19,8	19,85	16,6	16,0	16,65	6,6	6,6	13,3	13,35
	Жири	11,4	15,2	19,0	22,8	26,9	27,2	27,2	31,3	7,6	11,7	23,4	27,5
	Вуглевод.	6,0	8,0	10,0	12,0	12,0	10,0	10,0	10,0	4,0	4,0	8,0	8,0
	Калорій	195,0	270,0	325,0	390,0	428,0	401,0	401,0	439,0	130,0	168,0	336,0	374,0
За ввесь день	Білки	9,9	13,2	17,7	21,0	21,14	19,89	22,19	24,31	9,49	11,44	18,99	20,59
	Жири	11,4	15,2	19,12	22,92	27,07	27,47	27,81	31,86	7,83	12,03	23,73	28,02
	Вуглевод.	34,2	36,2	68,04	70,04	75,73	80,28	101,56	112,26	47,10	54,70	69,10	96,50
	Калор.	315,0	380,0	576,3	641,3	703,75	711,75	810,85	901,90	210,75	413,65	621,65	777,00

Рада Народніх Комісарів СРСР постановляє:

1. Поширити з 1 січня 1932 р. чинність постанови РНК СРСР з 27 березня 1928 року „про заходи посилити обслуговування дітей робітниць яслами“ (З. З. СРСР 1928 р. № 21 арт. 190 і 1929 р. № 42 арт. 374) на всі промислові підприємства з кількістю робітниць не менше 200, що є в віданні Народніх Комісаріятів важкої промисловости, легкої промисловости, постачання й кооперації).

2. Запропонувати Радам Народніх Комісарів Союзних республік дати вказівки лінією республіканської та місцевої промисловости відповідно до цієї постанови.

м. Москва-Кремль — Голова РНК СРСР **В. Молотов, (Скрябін)**

21 травня 1932 р. № 777 — Керівник справ РНК СРСР **Керженцев**

(надруковано в З. З. СРСР 1932 р. № 39, арт. 239)

133. Про постачання дитустановам

Наводимо копію листа Наркомпостачання СРСР у справі постачання дитустановам.

№ 26109-6553
15-VI-1932 р.

Копія: Центросоюз, Наркомосвіти, Наркомздоров'я республік, диткомісії ЦВК

До всіх облкрайреспублікпостачів

Не зважаючи на ряд наших директив в питанні **цілковитого постачання** дитустановам (закритого й відкритого типу, так само й індивідуального постачання) ця справа й досі за відомостями, що є в нас, перебуває в обурливо хаотичному стані через безвідповідальність вашого апарату, наслідок чого в ряді областей є місцеві перебої в пбстачанні дітям і дитячим установам.

Особливо треба відзначити такі постачвідділи: Казакстан, Північн. Кавказ, Урал, Іванівська Область, Західній й Східній Сибір, що відмовляють постачати цілий ряд дитустанов й неповнотою забезпечують продуктами харчування, які для цього виділено із централізованих фондів.

Щоб усунути всі ненормальності, що є в справі постачання дітям і дитячим установам, наказую:

1. Виділити осіб, персонально відповідальних за постачання дітям і дитустановам.
2. Категорично заборонити витрачати продукти, які виділено для дитпостачання, не за прямим призначенням.
3. Установити перевірку виконання, подаючи в сектор статистики Наркомпостачання СРСР відомості про стан постачання.
4. Звернути увагу на асортимент та якість продуктів.
5. Суворо додержувати в справі постачання наше розпорядження з 5 квітня № 26109-3433.

Про вжиті заходи, а також прізвище відповідальної за постачання дітям особи в п'ятиденний термін повідомить нас.

Чл. колегії Наркомпостачу СРСР **Левітин**

ОЗДОРОВЛЕННЯ ПОБУТУ. ПОПЕРЕДЖЕННЯ РОЗВИТКУ ПОШЕСНИХ ЗАХОРУВАНЬ

134. Про заходи до поліпшення санітарного обслуговування робітників

Постанова Всеукраїнського центрального виконавчого комітету і Ради народніх комісарів УСРР

Щоб упорядкувати санітарний стан робітничих районів і селищ та поліпшити санітарне обслуговування робітників, Всеукраїнський центральний виконавчий комітет і Рада народніх комісарів УСРР постановили:

1. Виділити в складі Народнього комісаріяту охорони здоров'я УСРР, міських рад та райвиконкомів промислових міст та районів зокрема Донбасу та Криворіжжя в межах теперішніх штатів спеціяльну інспектуру санітарного нагляду.

На інспектуру санітарного нагляду покладається обов'язок здійснювати повсякденний нагляд за культурним станом робітничих селищ, гуртожитків і закладів громадського харчування.

2. Запропонувати всім державним і громадським організаціям негайно впорядкувати санітарний стан всіх підлеглих їм підприємств і установ та неухильно виконувати вказівки й вимоги місцевих органів санітарного нагляду в цій справі.

3. Запропонувати районним виконавчим комітетам і міським радам промислових районів та міст:

а) організувати систематичну перевірку санітарного стану робітничих селищ і кварталів, промислових і комунальних підприємств, гуртожитків і закладів громадського харчування, зокрема провести чергову перевірку протягом двох найближчих декад;

б) накреслити відповідно до постанови РНК УСРР в 14 січня 1931 р. „Про санітарний мінімум“ (З. З. УСРР 1931 р. №1, арт. 12) для кожного з селищ, підприємств, гуртожитка і закладу громадського харчування конкретні санітарні заходи з визначенням календарних термінів їх виконання, а також осіб — за це відповідальних.

4. Зобов'язати санітарних лікарів і інспекторів провадити рішучу боротьбу з антисанітарним станом робітничих районів, селищ, житл, гуртожитків і закладів громадського харчування, неухильно притягаючи порушників до відповідальности адміністративним, а за випадків, що передбачають кримінальну відповідальність — судовим порядком за арт. 193 Крим. кодексу УСРР.

5. Надати Народньому комісаріятові охорони здоров'я УСРР право притягати до здійснення санітарного нагляду за підприємствами, робітничими селищами, гуртожитками та закладами громадського харчування, якщо для виконання цієї роботи не вистачає санітарних лікарів, — лікарів іншого фаху, надавши їм права працівників органів санітарного нагляду.

6. Доручити Народньому комісаріятові праці УСРР, спільно з Народнім комісаріятом фінансів УСРР, встановити норми додаткової оплати лікарів не санітарного фаху, що їх прикріплено для санітарної роботи до робітничих гуртожитків, селищ, промпідприємств і закладів громадського харчування.

7. Народньому комісаріятові охорони здоров'я УСРР спільно з ВУРПС, ЦК Українського Червоного Хреста, Тсоавіяхему та іншим громадським організаціям, опрацювати заходи до широкого притягнення робітничої суспільности до санітарного обслуговування людности, зокрема організувати по промислових районах і містах із складу робітничого активу санітарні дружини, а також інститут громадських санітарних уповноважених з місцевого робітничого активу, поклавши на цих уповноважених, під загальним керівництвом лікарів поточний санітарний нагляд за промисловими підприємствами, закладами громадського харчування, робітничими гуртожитками й закладами загального користування.

Права та обов'язки громадських санітарних уповноважених визначити окремою інструкцією що її має видати Народній комісаріят охорони здоров'я УСРР порозумівшись із Всеукраїнською радою професійних спілок.

8. Надати санітарним лікарям і санітарним інспекторам право непосередньо накладати адміністративним порядком штрафи в розмірі до 50 крб., а помічникам санітарних лікарів—до 25 крб. за виявлені ними випадки порушення правил охорони здоров'я, що їх встановлено законом або обов'язковими постановами центральних і місцевих органів влади, коли за зламання цих правил не встановлено кримінальної відповідальности.

9. Штрафи, накладені за постановами санітарних лікарів і інспекторів та помічниками санітарних лікарів, справляють органи міліції, або сільські ради безсуперечним порядком, передбаченим адміністративним кодексом УСРР.

10. У невідкладних і особливо загрозливих для здоров'я людности випадках лікарям і санітарним інспекторам надається право адміністративним порядком закривати заклади загального користування (їдальні, перукарні, лазні, готелі, клюби, театри тощо) і торговельні підприємства на час до усунення санітарних дефектів.

Увага: Якщо промислові підприємства перебувають у такому санітарному стані, що загрожує здоров'ю людности, то закриття їх провадиться на підставі заяв місцевих органів охорони здоров'я за постановою райвиконкому, або міськради на території яких розташовані ці підприємства.

11. Скарги на постанови санітарних лікарів і інспекторів та помічників санітарних лікарів розглядають відповідно голови районних виконавчих комітетів і міських рад, а також селищних рад загальним порядком.

Подання скарги не припиняє виконання відповідних постанов.

12. Арт. 78-2 Адміністративного кодексу УСРР (Зб. Зак. УСРР 1929 року № 23, арт. 189) ухвалити в такій редакції:

„Порядок, як застосувати заходи адміністративного впливу за зламання постанов про працю, а так само заходи адміністративного впливу за зламання постанов про охорону здоров'я, що їх вживають санітарні лікарі, санітарні інспектори й помічники санітарних лікарів, визначається спеціяльним законом".

13. Цю постанову видано на підставі постанови РНК Союзу РСР з 9 вересня 1931 р. „Про заходи поліпшення санітарного стану робітничих районів та виселків; робітничих гуртожитків та закладів громадського харчування" (Зб. Зак. СРСР 1931 р. № 59, арт. 382) на скасування постанови ВУЦВК і РНК УСРР з 25 липня 1931 р. „Про надання санітарним лікарям права накладати адміністративним порядком штраф за зламання правил охорони здоров'я (Зб. Зак. УСРР 1931 р. № 25, арт. 191) та на доповнення постанов „Про санітарні органи республіки" (Зб. Зак. УСРР 1923 р. № 22-23) РНК УСРР з 1-го червня 1923 р. (Збірн. Зак. УСРР № 21-23 арт. 331).

Голова Всеукраїнського Центрального Виконавчого Комітету — **Г. Петровський**

Заст. голови Ради Народніх Комісарів УСРР — **О. Сербиченко**

Секретар Всеукраїнського Центрального Виконавчого Комітету — **Ю. Войцехівський**

Харків, 20 червня 1932 р. (З. З. УСРР 1932 р. ч. 16, арт. 114)

Затверджено від Наркомздоров'я
УСРР і Нач. РС міліції УСРР

30 червня 1932 р.

135. УСТАВА

Про санітарну міліцію УСРР

На підставі та на розвиток постанови РНК УСРР з 2 березня 1932 р. (прот. № 7-737, п. 6.) Головна Управа роб. сел. міліції УСРР та Наркомздоров'я постановили затвердити таку уставу про санітарну міліцію УСРР.

I. Організація

1. Для здійснення зовнішнього нагляду за санітарним станом міст і селищ міського типу (майданів, вулиць, базарів, скверів, садків, дворів, житлових будинків, установ громадського користування, місць виготовлення, зберігання та продажу харчових продуктів і пайків тощо) — організується санітарна міліція.

2. Санітарна міліція є частина загальної міліції УСРР і такою входить у склад місцевих управ міліції, підлягаючи наказам, уставам та загальним директивам, що регулюють загальний порядок життя та діяльности загальної міліції (дисциплінарні та інші статути, форма одягу, тарифікаційна сітка, права та пільги тощо).

3. Для керування місцевими частинами санміліції, в складі Головної Управи РС міліції при РНК УСРР утворюється посада старшого інспектора Головної Управи по санітарній міліції з безпосереднім підпорядкуванням начальнику Головної Управи. На цю посаду призначається за згодою з Народнім комісаріятом охорони здоров'я за сумісництвом одного з відповідальних робітників зазначеного наркомату (зарплату йому сплачує НКОЗ).

Робітники санміліції одержують всі види постачання нарівні з іншими робітниками міліції.

4. Наркомздоров'я та місцеві його органи оперативно керують роботою санміліції через начальників відповідних управ міліції, і всі розпорядження санміліції одержує від начальника Управи міліції.

Органи міліції інформують місцеві керівні органи НКОЗ про поточну роботу санміліції порядком, що його затверджує головна Управа, порозумівшися з НКОЗ.

5. Санітарна міліція утримується коштом місцевого бюджету за штатами, що їх затверджує Головна Управа РС міліції УСРР, порозумівшися з Наркомздоров'я УСРР.

6. Стосовно до табелі найменування посад, що чинить в міліції, для санміліції встановлюється такі посадові найменування;

1) старший інспектор санміліції
2) інспектор санміліції
3) дільничий (участковий) інспектор санміліції.

На старших інспекторів призначається лише осіб з вищою медсаносвітою, а решта інспекторів — особи з середньою саносвітою.

Старші інспектори санміліції з обласних, районних і міських управ міліції безпосередньо підпорядковуються начальником обласних, районових та міських управ міліції.

II. Робота санміліції

7. Основні функції санітарної міліції полягають в:

а) догляді за санітарним станом обслуговуваної терені (див. § 1 цієї устави).

б) перевірці виконання санправил, видаваних від центральної та місцевої влади, причому, представники санміліції можуть брати проби та матеріяли для переведення лябораторних досліджень.

в) застосуванні заходів адмінвпливу проти порушників санзаконодавства та обов'язкових постанов у галузі санітарії, на підставі адміністративного кодексу.

III. Кадри та підготовка

8. На посаду дільничих інспекторів санміліції призначається громадян, що відповідають загальним правилам призначення на роботу до роб. сел. міліції та переважно з тих осіб, які мають або військову підготовку або громадську в справі охорони здоров'я.

Кандидатури висуває НКОЗ та його місцеві органи, призначення переводиться порядком, що чинить в органах міліції.

До призначення на посаду дільничого інспектора санміліції кандидати підлягають іспиту в справах санітарії. В комісії для іспиту беруть участь представники місцевої інспектури охорони здоров'я.

9. Перебуваючи на службі робітники санітарної міліції повинні прослухати санітарні курси за програмом, що його складає НКОЗ УСРР за погодженням з Головною Управою РС міліції УСРР та крім того, проходить муштровку, військову та спеціяльну підготовку робітників РС міліції.

Начальник оргінспекції ГУРСМ **Веденєєв.**

Керівник сектору масових оздоровних заходів та сандогляду НКОЗ **Єрмаков.**

136. Про утворення санітарної міліції в містах УСРР.

(*Надіслано всім міськрадам, копії до всіх М. З. І.*)

Незадовільний санітарний стан більшости залюднених місць УСРР, недостатня кількість санітарів та водночас гостра потреба повсякденного санітарного контроля й рішучої боротьби з порушеннями санітарних правил, можливість у багатьох випадках (зовнішній саннагляд замінити санлікаря менш кваліфікованими робітниками, — потрібує дальшої раціоналізації й розвитку саннагляду.

З погляду Наркомздоров'я та Головуправи Р. С. Міліції виходом є утворити санітарну міліцію, забезпечуючи ширше здійснення санітарного нагляду, інститут санітарної міліції розвантажує одночасно санлікарів від обов'язків, що не потрібують спеціяльних знань і кваліфікації, даючи в такий спосіб санлікарям змогу зосередити свою увагу на важливіших питаннях санітарно-епідеміологічної роботи.

Із таким настановленням погодилася й Рада Народніх Комісарів УСРР, запропонувавши НКОЗ та Головуправі міліції погодити з міськрадами справу організації санміліції з утримуванням її коштами місцевого бюджету.

Ураховуючи потребу поліпшити санітарний стан вашого міста та зважаючи на брак у ньому санлікарів, Наркомздоров'я та Головна Управа Р. С. Міліції УСРР звертаються до Вас із пропозіцією утворити в себе санітарну міліцію в складі загальної міліції.

Про кількість робітників треба вам порозумітися з обласною управою міліції (У Донбасі— з донецьким оперсектором міліції). в АМСРР — з управою міліції АМСРР, які мають на це належні вказівки

Народній Комісар охорони здоров'я **Канторовіч**

Начальник Головного Управління Р. С. Міліції УСРР **Семенов**

(Спільний лист НКОЗ та Гол. Упр. Р. С. Міліції в 11 червня 1932 року)

137. Про посади санінспекторів при управах міліції

Облздоровввідділам, Міськздоровінспектурам та Облуправам РС міліції — Донецькому Секторові РС міліції

На додаток до обіжника НКОЗ та Нач. РС міліції 15 травня 1932 року № 3203 надсилаємо уставу про санміліцію затверджену НКОЗ та Нач. РС міліції УСРР 30 червня ц. р. і пропонуємо вам порушуючи клопотання перед міськрадами, розраховувати кількість санміліції в такий спосіб:

1. При начальникові міської управи міліції — одна посада ст. саніспектора (в обласному центрі ст. інспектор при начальнику облуправи РС міліції, який відає також справи санміліції по всій області);

2. Кількість дільничих санінспекторів розрахується за нормою — один інспектор на кожні десять тисяч людности;

3. На кожні двадцять дільничих санінспекторів призначається одного старшого санінспектора

Штати по згоді міськради на утримання їх, міськздоровінспектури надсилають до обласної управи РС міліції, яка, порозумівшись із облздоровввідділом, надсилатиме їх до Головної Управи РС міліції на остаточний розгляд і затвердження.

Всі кандидатури на санінспекторів (старших та інш.) міськздоровінспектури подають до Обласної Управи РС міліції для призначення згідно з пактом „8" устави про санміліцію.

Керівничий сектора масовооздоровчих заходів НКОЗ **Цанк**

Начальник оргінспекції ГУРСМ УСРР **Веденеєв**

(Надіслано місцям 10 липня 1932 р.)

138. ГЕНЕРАЛЬНА УГОДА

між Наркомздоров'я УСРР та Вукопспілкою на здійснення санітарного контролю якости харчпродуктів у крамницях і склепах споживчої кооперації.

Щоб забезпечити постійний контроль над здійсненням санмінімуму та над якістю харчових продуктів у крамницях і склепах споживкооперації Всеукраїнська спілка споживчих кооперативних організацій, що скорочено зветься „Вукопспілка", в особі члена правління — т. Шевцова А. Т. з одного боку та Народній Комісаріят Охорони Здоров'я УСРР, що скорочено зветься НКОЗ, з другого, склали цю генеральну угоду про таке:

1. НКОЗ зобов'язується взяти на себе контроль здійснення санмінімуму та якости харчових продуктів в продуктових крамницях робкоопів та ЗРК районів Донбасу, промцентрів Харкова, Києва, Одеси та Дріпропетровського: м. м. Вінниці, Миколаєва, Херсона, Полтави. Запоріжжя, Кам'янського Кремінчука, Кривого Рогу, Бердичова, Зінов'ївського, Черкас, Сум, Слов'янського, Умані, Білої Церкви, Нікополя, Тирасполя та по всіх ЗРК при нових будівництвах.

2. Контроль цей НКОЗ має здійснювати через місцеві інспектури охорони здоров'я відповідних міськрад і райвиконкомів шляхом прикріплення до продуктових крамниць, робкоопів та ЗРК санлікарів.

Оставні повинні не менш трьох разів на п'ятиденку відвідувати продуктові крамниці, щоб контролювати та допомагати здійснювати санмінімум і не менш одного разу на місяць провадити саннаради з робітниками крамниць, провадити курси ліквідації саннеписьменности продавців, і спільно з завідувателями крамниць відповідати за сан-станобслуговуваних об'єктів.

Прикріплений лікар реєструє години своєї роботи та вимоги і запропоновані заходи до поліпшення санстану крамниці в спеціяльному зшиткові, що повинен бути в кожній продуктовій крамниці.

3. Вукопспілка й собі зобов'язується покласти на всі робкоопи та ЗРК вищезгаданих міст та нових будівництв забов'язання щомісячно сплачувати роботу прикріплених до них санлікарів за існуючими ставками санлікарів, виходячи з розрахунку — повна ставка за обслуговування 15 продуктових крамниць, або одної п'ятнадцятої ставки (1/15) за кожну обслуговувану продуктову крамницю.

4. Вукопспілка зобов'язує робкоопи та ЗРК повнотою виконувати зауваження та вимоги прикріплених до крамниць санлікарів, щодо здійснення санмінімуму згідно з чинним законодавством.

5. Облспоживспілкам, райспілкам та міськспілкам робкоопів і ЗРК надається право контролювати прикріплених до продуктових крамниць санлікарів, доводячи до відому відповідних здоровввідділів про виявлені ненормальності та недоліки в їхній роботі.

6. На основі цієї генеральної угоди робкоопи та ЗРК згаданих міст та нових будівництв мають протягом липня та серпня скласти локальні угоди на санобслуговування своїх продуктових крамниць з місцевими здоровінспектурами міськрад та райвиконкомів.

7. Угода ця чинить на термін з 1 серпня 1932 р. до 1 серпня 1933 р.

Сторонам надається право розірвати угоду і дотерміново в разі, коли та або та з них порушить в чомунебудь цю угоду.

Сторона, що бажає розірвати угоду, зобов'язується повідомити другу сторону про свій намір не менш, як за декаду до моменту розірвання угоди.

Від Вукопспілки — **Шевцов**.

20 *липня* 1932 *р*.

Від Наркомздоров'я — **Хармандар'ян**

139. Про участь органів комунального господарства в боротьбі з кишковими інфекціями

Із постанови колегії Наркомкомгоспу УСРР з 23 травня 1932 року.

2. Констатувати, що місцеві органи комунального господарства неуважно ставляться до питань санітарної роботи, а в деяких випадках навіть ставлять опір, виконанню окремих директив РНК і НККГ в цій справі, наприклад влаштуванню ланів асенізації. Спостерігається також майже повне ігнорування залучення до справи очищення міст і контролювання чистоти міської громадськости тощо.

3. Визнати за потрібне рішуче поліпшити роботу комунальних органів в галузі санітарної техніки. зокрема в галузях постачання води та очистки залюднених місць, що може істотно вплинути на розвиток і попередження епідемії.

5. Запропонувати сектору санітарної техніки в дводекадний термін провести перевірку виконання місцевими комунальними органами постанови РНК УСРР з 2 вересня 1931 р. „Про санітарне обслуговування Донбасу" і розпоряджень НККГ і НКОЗ про термінові заходи по комунальному господарству в зв'язку з попередженням епідемії черевного тифу,

Звернути особливу увагу на виконання розпорядження про організацію ланів асенізації та досягнення норм очистки, зазначених в постанові РНК.

6. Запропонувати місцевим комунальним органам щільно зв'язатися з санітарними органами НКОЗ та провадити всю роботу в галузі санітарної техніки за спільним пляном проведення оздоровних заходів і попередження епідемії.

8. Запропонувати під персональну відповідальність всіх завідателів комунального господарства й в першу чергу залюднених місць Донбасу та інших промислових центрів негайно закінчити генеральне очищення залюднених місць і надалі систематично підтримувати чистоту вулиць, майданів. дворів та інш.

Доручити сантехсектору регулярно перевіряти виконання цього й на випадок порушень подавати відомості наркому для накладання дисциплінарних стягань.

9. До повного забезпечення спеціяльним транспортом для очистки періодично мобілізовувати ввесь комунальний транспорт для цієї мети, а також провадити періодичні мобілізації й систематично використовувати ввесь наявний транспорт господарчих організацій.

10. Завдання по влаштуванню ланів асенізації встановити, як бойову роботу для комунальних органів; закінчити роботу по влаштуванню ланів другого кварталу, встановивши декадні зведення перебігу робіт. Попередити місцеві відділи комунального господарства, що за зрив цього заходу їх притягатимуть до судової відповідальности.

11. Організувати обов'язковим порядком систематичну дезінфекцію хлорною вапною місць скупчення нечистот і запропонувати місцевим комунальним органам терміново подати до комунпостачу заявки на потрібну їм кількість хлороної вапни.

12. Встановити твердий порядок підтримування санітарного режиму по домоволодіннях, житлокооперації, видати обов'язкові правила НККГоспу і НКОЗ з цього приводу, встановити відповідальність житлокоопів за невиконання санітарних правил і покласти на Укржитлоспілку відповідальність за переведення цих правил до життя.

13. В галузі водопостачання запропонувати комунальним органам забезпечити кваліфікований технічний нагляд за водогонами перевірити та повністю врегулювати роботу очисних споруджень і хлорування води, там де нема центрального водопостачання провести ретельне очищення і обладнання міських колодязів помпами.

14. Зобов'язати місцеві комунальні органи налагодити систематичне, ретельне прибирання базарних майдані, ліквідувати продаж харчових продуктів з землі, поливати майдани тощо.

15. Попередити місцеві органи, що керівники комунальних відділів, сантрестів і т. інш. несуть персональну відповідальність за бездіяльність і недбайливість в галузі санітарних заходів.

140. Про санітарне впорядкування колгоспних базарів

(Наказ по Наркомгоспу та Наркомздоров'я)

Справа проведення санітарного мінімуму на колгоспних базарах, а також встановлення чіткого санітарного нагляду з якістю харчових продуктів, особливо на літній період, має найактуальнішу вагу, яко чинник боротьби з черевним тифом та іншими шлунково-кишковых захоруваннями.

Санітарне впорядкування колгоспних базарів, а також поліпшення побутових умов колгоспників та одноосібників, що приїздять на базари є також чинник сприяння колгоспній торгівлі.

Що посилити саннагляд за колгоспникам базарами НКОЗ спільно з Наркомкомгоспом пропонують:

1. Прикріпити до кожного базару лікаря незалежно від фаху із сплатою повної ставки санлікаря коштом орендних управлінь.

2. Організувати по всіх базарах невеликі харчові лабораторії, що провадили б щоденно хемічні дослідження молока (кислотність, питома вага, жирність), а також первісні дослідження доброякісности м'яса. Організацію харчових лябораторій покласти на органи охорони здоров'я.

4. Запропонувати орендним управлінням влаштувати на базарах сміттьові скриньки та вбиральні, які відповідають санвимогам. Організувати щоденне ретельне прибирання базарів від сміття й налагодити систематичне хлорування скриньок і вбиралень.

5. Запропонувати органам охорони здоров'я заборонити продаж на базарах готових страв з землі та з рук, зокрема особам, що не мають на те дозволу від санепіду.

6. Запропонувати органам Наркомкомгоспу та НКОЗ всіляко допомагати відповідним установам у справі організації на колгоспних базарах їдалень, буфетів, продажу прохолодних напоїв тощо.

7. Запропонувати органам Наркомгоспу забезпечить колгоспні базари доброякісною питтьовою водою.

Організувати спеціяльну комісію з представників НКОЗ, НККГ, запросивши представників НКРСІ провести до 1-го серпня перевірку виконання цього наказу.

Заст. Наркомздоров'я **Хамандар'ян**

26 липня 1932 *р.*

Заст. Наркомгосп **Косило**

141. Інструкція

як використовувати кишки та шлунки трупів здохлих тварин, птахів і риби для технічних потреб

1. Добирати та переробляти кишки й шлунки від трупів здохлих тварин птахів і риби з технічною метою дозволяється виключно на утильзаводах, утильустановках, устаткованих згідно з інструкцією НКОЗ, НКПостачання, НКЗС та Наркомпрапі з 4 лютого 1931 р. (бюлетень НКЗС з 30 травня 1931 р. № 26). що перебувають під постійним ветеринарно-санітарним наглядом.

2. Добирати кишки та шлунки категорично забороняється від трупів тварин що здохли від таких пошесних хвороб: телія (сибірки), сапа, сказу чуми (великої рогатої худоби, свиней птахів) бешихи (рожі) свиней, емфізематозного карбункула, слинівки (ящура), пошесного лімфонгоїта коней, холери й тифу птахів.

3. Забороняється робити заготівлю, перевозку попсованих із відзнаками розкладу кишок та шлунків.

4. Кишки шлунки від трупів треба обов'язково очищати від містива та ретельно промивати.

5. Вичищені й промиті кишки й шлунки дозволяється перевозити лише законсервованими виключно в міцній та непроникливій для рідин тарі (бочках тощо).

6. Заготовлені кишки й шлунки, а також призначена для них тара підлягають перед закупорюванням ветеринарно-санітарному й технічному оглядові.

7. На тарі (бочках, кадушках тощо) випіканням або вирізуванням треба робити чіткий напис: „утильсировина — оглянуто ветнаглядом".

8. Тара з-під кишок і шлунків обов'язково ретельно дезінфекується, згідно з чинною інструкцією НКЗС СРСР з 21 березня 1931 р. № 660-08-05, оголошеною в журналі „Практична ветеринарія № 5 — 1931 р. Зазначену тару можна використовувати виключно для перевозу утильсировини.

9. Перевозити всіма шляхами сполучення зазначену утильсировину дозволяється лише за умови видачі ветеринарно-санітарного посвідчення згідно з чинними правилами перевозів.

Заст. Начальника сектора НКЗС **Чернявський**

Референт — **Мертанов**

Кер. Комун. групи НКОЗ — **Жаботинський**

(Інстр. НКЗС і НКОЗ УСРР № 13 з 5 квітня 1932 р.)

Затверджено від Укрдезбюра при НКОЗ УСРР: Лік. Хайшінська

27 червня 1932 р.

142. ПРАВИЛА

як зберігати, затикати, розливати та транспортувати хлорпікрин.

Ці правила мають за мету захистити оточення та персонал, що працює з хлорпікрином від шкідливого діяння його парів, що утворюються підчас його розливання, кепського або недостатнього затикання, необережности з посудом, де міститься хлорпікрин.

1. Зберігання хлорпікрину.

1. Запаси хлорпікрину треба зберігати на дворі або садибі поза межою населеного пункту.

П р и м і т к а: за відсутности відповідного місця поза межою населеного пункту можна хлорпікрин тримати у межах пункту, але за умови виконання правил зберігання.

2) Під склеп хлорпікрину треба відвести окреме нежитлове приміщення, спеціяльно влаштоване, або пристосоване для цієї мети, або ж цілком ізольовану частину такого приміщення з правом другу частину його використувати для інших потреб, теж склепових.

Примітка: Бажано, щоб склеп для хлорпікрину мав двері або ворота, які широко відчиняються надвір, що полегчує можливість розливання хлорпікрину на повітрі.

3) Склеп для зберігання хлорпікрину повинен бути на відстані від житлових приміщень не менш, як на 10 метрів.

4) У разі частина приміщення, де знаходиться хлорпікрин, використовується для інших потреб, розливання або видачу хлорпікрину треба провадити підчас відсутности осіб, що обслуговують цю частину склепа, або вчасно їх попереджуючи.

5) Видаткові кількості хлорпікрину (не більше 10 кгр.), взяті із склепу для транспортування на камерну, або житлову дезінфекцію, можна тимчасово зберігати за умови надійного затикання поза склеповим приміщенням, але ні в якому разі не в житловому (льох, підвал, комірка, повітка та інш.).

6) Особи, що завідують зберіганням, розливанням, видачею та транспортуванням хлорпікрину, повинні добре знати правила поводження з ним, Ключі від приміщення, де є хлорпікрин, повинні знаходитися у спеціяльної особи, що відповідає за експлуатацію приміщення та його утримання.

7) Про всякий будований або відкриваний склеп для хлорпікрину треба подати заяву до саннагляду, який оглядає приміщення та дає свій висновок. Відкривати склепи для зберігання хлорпікрину без відома та дозволу санітарного лікаря забороняється.

II. Затикання хлорпікрину.

8) Хлорпікрин треба зберігати в металевому посуді з герметичною затичкою, що приґвинчується нарізкою та ґумовою прокладкою. Найдоцільніший посуд для цієї мети це залізна бочка на 200 — 400, або менш кг. з обручами на корпусі бочки (у такому посуді звичайно провадиться відпуск хлорпікрину органами постачання).

9) У разі велику бочку треба повернути органові постачання або в склепі треба розлити хлорпікрин у дрібну тару, то для цієї мети використовують дрібний металевий або шкляний посуд (видатковий), що задовольняє таким вимогам:

а) металевий посуд може бути спеціяльний, або пристосований. Спеціяльний посуд — це переважно невеликі металеві бочки місткістю 10 — 15 кгр., металеві бідони з покришками, що добре приґвинчуються. Неспеціяльний посуд — це молошні, або інші бідони та банки, пусті вогнегасники, металевий посуд від гасу з вузькою шийкою або відтулиною, але обов'язково з покришками або корками (ґумовою, звичайною), що добре приґвинчується або припасовуються. Металевий посуд мусить бути лютований циною та обов'язково попередньо перевірений на просочуваність рідини;

б) для шкляного посуду можна використовувати пляшки дрібних розмірів в 1 — 5 кгр. місткости за обов'язкової умови, що вони вправлені в дерев'яні скриньки, маючи в обох випадках м'яке підстелення з тирси, стружок, вати та інш. Шийку пляшки треба щільно та надійно затикати коркою.

III. Розливання хлорпікрину

10) Розливати хлорпікрин з одного посуду в другий — треба за допомогою смоку, що звичайно вживають для помпування гасу з бочок, гідропульта або ґумової рурки за принципом сифона; в останньому випадкові в обидва кінці гумової рурки доцільне вставити шкляні рурки для опускання в хлорпікрин, і крім цього, шкляну рурку в середину гумової рурки для спостереження за рухом рідини; для висмоктування першої порції хлорпікрину можна використовувати звичайну жорстку ґумову грушу з тим, щоб діяння її спинити, коли в шкляній рурці, що є в середині ґумової, появиться рідина. Скінчивши розливання хлорпікрину, треба кінці смока, гідропульта, ґумові рурки, або інш., що було змочено хлорпікрином, ретельно витерти ганчіркою, винести на повітря, щоб хлорпікрин вивітрювався.

11) Персонал, що провадить розливання та затикання хлорпікрин і в склепі, і на роботі, мусить обов'язково бути в протигазах, бажано на відкритому повітрі, обережно, не припускаючи розбризкування та розливання хлорпікрину, а тим більш бою посуду.

IV. Транспортування хлорпікрину

12) Транспортування хлорпікрину залізницею припускається виключно у металевому посуді, дрібному або великому, з добре заґвинченою, або затиканою коркою з виконанням спеціяльних правил перевозу небезпечного вантажу.

13. Перевозити хлорпікрин пасажирськими й трамвайними вагонами безумовно не дозволяється.

Примітка: У разі хлорпікрин треба привезти до місця переведення дезінфекції, дезінфектор повинен здати хлорпікрин до вантажного вагону, привезти його автом або гужтранспортом за супроводом спеціяльної особи.

143. ІНСТРУКЦІЯ

як вживати для дезинфекції кристалічної та чорної карболки (фенолю) та їхніх сполук

І. Кристалічна карболка (феноль)

А. Властивості.

Феноль є продукт дестиляції кам'яно-вугільної смоли (одноатомний спирт ароматичного ряду) — безбарвні голчасті кристали, які, стикаючись із повітрям, червоніють та розливаються. Карболка має характерний запах і пекучий смак, добре розчиняється в спирті, етері (майже в усіх пропорціях), у воді дає розчини не міцніше 5%. Карболка розчинюється в ліпоїдах, а тому легко заходить до протоплазми кліток і діє дезінфекційно. Надійний ефект дає 5% розчин фенолю, але за умови досить тривалого стикання об'єктів із розчином (10 — 20 — 30 хвилин), а іноді ще більше за годину. Бактерицидне діяння фенолю посилюється з підвищенням температури: феноль виявляє деякий дезінфекційний ефект, але дезінсекційне діяння фенолю значно менше, ніж дезінфекційне.

Б. Готування розчинів, умови та техніка їхнього вживання

Для дезінфекції речей треба вживати 5% водних розчинів фенолю, тобто 600 грам на 12 літрове відро води. Феноловим розчином можна дезінфекувати дерев'яну та залізну меблю, фарбовану меблю — змочуванням, протиранням ганчірками або щітками, а не дуже забруднену білизну — замочуванням у розчині.

II. Розріджений феноль — „фенолюм ліквефактум".

У дезінфекційній практиці незручно маніпулювати кристалічною карболкою, через що звичайно вживають розрідженого фенолю. Це — сумішка 90 часток кристалічної карболки та 10 частин води. Розчинений феноль готують так: посуд з кристалічною карболкою становлять на водяний огрівач, останній можна влаштувати з двох відкритих посудин, з яких одну, більшу (виварка, чавун) наповнюють водою й становлять на джерело тепла, а другу, меншу (відро, каструля) вставляють у першу посудину; в першу посудину становлять посуд з кристалічною карболкою, в цей посуд наливають води з розрахунку 10 гр. на кожні 90 гр. карболки. Після розрідження карболки її знімають з джерела тепла та дають захолонути. Розрідженого фенолю вливають водними розчинами з таким розрахунком, щоб у воді було 5% кристалічного фенолю або 55% розрідженої карболки, себто на 12 літрове відро води дають 660 куб. см. розрідженого фенолю. Умови й техніка вживання такі самі, що й для фенолю.

III. Мильно-фенольна сумішка.

Через те, що феноль має властивість деякою мірою утворювати з білками нерозчинні сполуки (хоча субліматові це властивіше), а це зменшує дезінфекційний ефект фенолових розчинів на забруднені речі, то широко вживають розчинів мильно-фенолової сумішки.

А. Спосіб готування та властивості.

Мильно-фенолову сумішку готують на водяному огрівникові, де меншу внутрішню посудину (див. II) поповнюють зеленим милом. Коли мило розрідиться йому додають кристалічну карболку або розріджений феноль, добре розмішуючи палкою, водночас підогріваючи до утворення одноцільної маси. Готову сумішку переливають у відповідний посуд. Для сумішки беруть 35 частин зеленого мила й 65 частин кристалічного, або 72 частини розрідженого фенолю; наприклад, щоб виготовити відро мильно-фенолової сумішки, беруть 4,2 клгр. зеленого мила й 7,8 клг. фенолю. Мильно-фенолова сумішка легко розчинюється у воді, даючи прозорий, жовтуватий водний розчин.

Цей водний розчин не може пошкодити речі ні за обтирання ні за замочування. Дезінфекційна основа у мильно-феноловому розчині визначена менш, ніж у фенолові, але наявність мила в розчині сприяє тому, що він механічно очищає речі, розчинює жир, гній, білкові сполучення та інш., тим самим полегшуючи доступ фенолу до мікробів. Мильно-фенолові розчини дають також добрий дезінсекційний ефект, але за умови вживання 10% — 20% розчинів на гарячій воді.

Б. Умови та техніка вживання

Для дезінфекційних потреб вживають 5% водного розчину мильно-фенолової сумішки, тобто 600 гр. на 12 літрове відро води. Мильно-феноловими розчинами дезінфекують дуже забруднені дерев'яні речі — кухонні столи, двері, підлоги, вікна, лутки, дерев'яну та залізну меблю змочуючи їх або витираючи ганчіркою; м'яку меблю, шкіряні й ґумові речі, постельні приладдя, килими — протираючи їх щітками; білизну, одяг, що його можна прати — замочуючи в розчинах. Розчини вживаються гарячі. Неможна ними дезінфекувати лаковані та вкриті політурою речі.

IV. Чорна неочищена карболка

Чорна карболка є продукт дестиляції кам'яно-вугільного дьогтю; це сумішка неочищених крезолів (крезол-метил-фенол) з домішкою інших фракцій кам'яно-вугільного дьогтю. Чорна карболка темно-бура рідина специфічного запаху з мазкими властивостями. Вона не розчиняється в воді, тому вживання її в дезінфекційній практиці в чистому вигляді, або в вигляді водних розчинів цілком неприпустима. А в тім, чорна карболка має набагато більшу дезінфекційну силу ніж фенол, одначе тільки в розчиненому стані; тому треба готувати з чорної неочищеної карболки такі продукти, які розчинялися б у воді. Такі продукти — сумішки з чорної карболки та мила „з чорної карболки та сірчаної кислоти, з чорної карболки та лугу (останньої сумішки вживають рідко).

V. Мильно-крезолові сумішки.

А. Готування й властивості.

Мильно-крезолову сумішку готують з чорної карболки та зеленого мила (звичайна мильно-крезолова сумішка), з чорної карболки та милонафти (нафтолізола або „комахоотрута") з чорної карболки та смоли (креолін), з очищених крезолів і зеленого мила (лізоль).

Техніка готування така сама, як і мильно-фенолової сумішки (див. п. 1 § III), але співвідношення частин інше: зеленого мила або милонафти беруть 65 частин, а чорної карболки 35 частин; наприклад: щоб приготувати відро мильно-крезолової сумішки беруть 7,8 клгр. зеленого мила або милонафти й 4,2 кгр. чорної карболки. Мильно-крезолова сумішка розчиняється у воді, особливо в гарячій, але водний розчин не прозорий, має неприємний запах, мазкий. Мильно-крезолові сумішки — один з найважливіших та наймідніших хемічних дезінфекційних та дезінсекційних засобів. Дезінсекційні властивості нарастають від зеленого мила до милонафти й від фенолу до чорної карболки, а тому найбільше позначаються в сумішці з милонафти та чорної карболки-нафтолізолі.

Б. Умови й техніка вживання.

Мильно-крезолових сумішок вживають у вигляді 5% 10% — 20% водних розчинів на гарячій воді. Дозволяється також вживати 3% мильно-крезолових розчинів, але за умови, що об'єкти будуть перебувати під діянням розчину досить довго (6 – 8 годин). П'ятипроцентним водним крезоловим розчином дезінфекують (як і мильно-феноловим) забруднені дерев'яні й залізні речі, залізну й дерев'яну меблю, підлогу, ліжка, приміщення вагонів і місць загального користування, нічний посуд, плювачки, стульчаки, писуари в убиральнях та інш. Техніка дезінфекції — обтирання ганчірками або щітками, поливання, змочування. Мильно-крезоловими розчинами неможна дезінфекувати столовий та кухонний посуд стіни зі шпалерами, лаковані та вкриті політурою речі, м'ягку меблю, ніжні тканини (набувають бурого пофарбування).

В дезінфекційній практиці вживають 3% водного розчину нафтолізолу для замочування завошивленої білизни, 5% — 10% розчинів для протирання щітками комірів і складок одягу, 10% — 20% розчинів для змочування твердих речей, заражених прусаками (мебля, матраци, топчани), для рясної пульверизації підлог, стін, віконних і дверних рам, плінтусів, щілин підлоги.

V. Сірчано-крезолова сумішка.

А. Спосіб готування й властивості.

Одну частину концентрованої сірчаної кислоти невеликими порціями, постійно та повільно помішуючи, доливають до трьох частин чорної карболки, причому посуд тримають у холодній воді (підчас змішування утворюється хемічна реакція з вилученням тепла, парів крезолу та двоокисду сірчаного, а цей процес за повільної роботи перебігає менш бурхливо); наприклад, щоб зготовити відро (12 літр.) сірчано-карболової сумішки, наливають у посуд 9 літрів чорної карболки, а потім доливають вищезазначеним засобом 3 літри сірчаної кислоти. Через декілька днів, але не менше трьох (за перші 24 години доцільно сумішку помішувати), сумішку вважають за придатну для вживання. Розчинність сумішки в воді та її дезінфекційне діяння збільшується після довгого стояння (крезол ліпше розчиняється), тому доцільно сумішку заготовлювати заздалегідь.

Б. Умови й техніка вживання.

Сірчано-крезолової сумішки вживають в 5% — 10% водних розчинах, тобто на 12 літрове відро води дають 600 — 1200 гр. сумішки. Сірчано-крезоловими розчинами дезінфекують надвірні санітарні установки (вбиральні, смітниці, помийні), конюшні, стайні, тощо, рясно поливаючи ці об'єкти, з наступним механічним прибиранням—вивозом бруду, перекопуванням ґрунту в стайні.

Укрдезбюро при НКОЗ УСРР.

144. Про розвиток лазневої справи по сільських місцевостях.

Із постанови РНК УСРР з 11 травня 1932 р. на доповідь НКОЗ.

Щоб забезпечити ширший розвиток лазневої справи по сільських місцевостях, РНК УСРР зобов'язує протягом 1932 року:

а) Всі РВК розпочати влаштування лазень у тих райцентрах, де лазень досі немає, мобілізуючи в цій справі громадську активність та використовуючи матеріяльну допомогу громадських організацій (зокрема УЧХ).

б) С. г. трести та об'єднання забезпечити лазнево-пральним обслуговуванням всі радгоспи.

в) Укрколгоспцентр разом з ЦК УЧХ розпочати широку організацію лазень спрощеного типу по колгоспах.

9 травня 1932. Затвердив Голова РНК УСРР т. **Чубар В. Я.**

Затвердив:

Заст. Наркомздоров'я т. Харман-дар'ян Г. І.

23 липня 1932 року.

145. ІНСТРУКЦІЯ

про організацію масових санітарних походів

Щоб піднести санітарний стан міст і робітничих селищ, привести до належного санстану підприємства, заводи, гуртожитки, бараки, підприємства громадського харчування, установи, школи тощо, — органи охорони здоров'я, крім плянової роботи, провадять також різні кампанії, місячники чистоти, дводекадники чистоти, штурми за чистоту тощо. Проте, і досі не було організовано навколо цієї справи робітничо-колгоспної громадськости в такий спосіб, щоб ці заходи було дійсно закріплено, а також, щоб робітничо-колгоспна суспільність брала активну участь у масових оздоровних заходах. Зокрема треба відмітити, що робітничий актив в галузі охорони здоров'я (т-во оздоровлення праці й побуту та його низові осередки, ще недосить включився в роботу в справі переведення масових оздоровних заходів.

Треба, крім тих робіт, що їх провели до цього часу на забезпечення участи робітничо-колгоспної суспільности в масових оздоровних заходах, організувати масові санітарні походи за чистоту, забезпечуючи максимальну участь у цих походах робітників, колгоспників, учнів, комсомольців і піонерів. У роботі щодо переведення масових санітарних походів треба керуватись такими моментами:

1) масово-санітарні походи організовують здоровінспектури спільно з місцевою філією т-ва оздоровлення праці й побуту, т-ва Червоного Хреста, з участю представників від комсомольської організації, райпрофб'єднання, колгоспу, райколгоспспілки, місцевої преси та організації юних піонерів;

2) із зазначених представників утворюється штаб запровадження масово-санітарних походів, куди притягують також представників від фабрик, заводів, підприємств, гуртожитків, їдалень і інших закладів, де провадиться масовий санітарний похід;

3) штаб опрацьовує плян масово-санітарних походів, забезпечуючи через партійні, комсомольські й профосередки 100% участь робітників колгоспників і службовців у цих походах;

4) перед походом треба провести широку санітарно-освітню роз'яснювальну роботу про мету й завдання санітарного походу. Для цього, крім лекцій і доповідей, на самих підприємствах, установах тощо треба широко популяризувати значення масово-санітарного походу, видаючи гасла, спеціяльні стінгазети, листівки, радіопередачу тощо;

5) на кожному об'єкті, де переводиться масовий санітарний похід, треба організувати місцевий штаб, який опрацьовує конкретні заходи щодо приведення в чистоту відповідного об'єкту й участи широких трудящих мас у переведенні масового санітарного походу;

6) місцеві осередки оздоровлення праці й побуту повинні заготовити гасла, транспаранти й інший агітаційний матеріял для походів;

7) похід треба провадити післяобіднього часу, після вихідного дня, або у вихідний день; Завдання походу є не тільки організувати маси на боротьбу за чистоту, не тільки сансвітробота, але й конкретна участь цих мас в очистці відповідних приміщень і приведені їх до належного санітарного ладу;

8) госпорганізації повинні забезпечити транспортом і потрібним реманентом масово-санітарний похід, а також виділити потрібні асигнування для цієї роботи;

9) усю роботу на запровадження масово-санітарних походів треба провадити методом соцзмагання й ударництва. Наслідки походів треба широко висвітлювати не лише в місцевій пресі, але й багатотиражній газеті на підприємстві, в установі тощо. Кращих ударників, що виявили високу свідомість і темпи у переведенні масово-санітарних походів, треба преміювати, утворивши для цього спеціяльний фонд преміювання, який повинен складатись і з коштів господарників, і місцевих осередків оздоровлення праці й побуту та асигнувань завкомів. Фото кращих ударників треба вміщувати в пресі на видному місці.

Роботу цю треба здійснювати за певним пляном. Здоровінспектури повинні ставити доповіді про наслідки масово-санітарних походів на засіданнях президії райвику, райпрофради, міськради й міськпрофради.

ОЗДОРОВЛЕННЯ ПРАЦІ. ПРОМСАНІТАРІЯ.

146. Як обслуговуються підприємства від медсанцехів і медсанпунктів

(Кількісні дані на 1 червня 1932 р.)

№№ по черзі	ОБЛАСТЬ	Машинобудівництво		Металюрґія		Хемія		Вугіль та руда		Разом	
		Медсанцехи	Медсанпункти	Медсанцехи	Медсанпункти	Медсанцехи	Медсанпункти	Медсанцехи	Медсанпункти	Медсанцехи	Медсанпункти
1	Одеська	4	50	—	—	—	3	—	—	4	53
2	Вінницька	—	4	—	—	—	2	—	—	—	6
3	Дніпропетрівська	3	30	4	40	—	1	—	29[1])	7	100
4	Київська	2	35	—	—	—	5	—	—	2	40
5	Харківська	7	65	—	—	2	11	—	—	9	76
6	Донбас	4	50	6	24	3	19	—	266[1])	13	359
	Разом	20	234	10	64	5	41	—	295	35	634

[1]) З них 100 підземних пунктів першої допомоги є в Донбасі і 10 пунктів на Дніпропетровщині.

Затвердив
Наркомздоров'я *С. Канторовіч*
25 липня 1932 р.

147. РЕЄСТР

судово-медичних установ НКОЗ на 1932 рік

1. Центральне Бюро Судово-Медичної експертизи 1

Харківська Область

2. Обласне Бюро судово-медичної експертизи 1
3. Обласна судово-медична лябораторія 1
4. Міжрайонові та міські судово-медичні інспектури з судовими медиками 22
5. Кабінети судово-медичної експертизи: Харків, Полтава, Кремінчук, Суми 4

Міські судово-медичні трупарні: Харків, Полтава, Кремінчук, Суми (утримуються коштом місцевого бюджету) 4

Київська Область

6. Обласне Бюро судово-медичної експертизи 1
7. Обласна судово-медична ляборатор1я 1
8. Міжрайонові та міські судово-медичні інспектури з судовими медиками 13
9. Кабінети судово-медичної експертизи: Київ, Житомір 2

Міські судово-медичні трупарні: Київ, Житомір, Чернигів (утримуються коштом місцевого бюджету) 3

Вінницька Область

10. Обласне Бюро судово-медичної експертизи 1
11. Міжрайонові та міські судово-медичні інспектури з судовими медиками 10
12. Кабінети судово-медичної експертизи: Вінниця та Бердичів 2

Міські судово-медичні трупарні: Вінниця та Бердичів (утримуються коштом місцевого бюджету) 2

Одеська Область

13. Обласне Бюро судово-медичної експертизи 1
14. Обласна судово-медична лябораторія 1
15. Міжрайонові та міські судово-медичні інспектури з судовими медиками 7
16. Кабінети судово-медичної експертизи: Одеса, Миколаїв, Херсон, Зінов'ївське . . 4

Міські судово-медичні трупарні: Одеса, Миколаїв, Херсон, Зінов'ївське (утримуються коштом місцевого бюджету) 4

Дніпропетровська Область

17. Обласне Бюро судово-медичної експертизи 1
18. Обласна судово-медична лябораторія 1
19. Міжрайонові та міські судово-медичні інспектури з судовими медиками 8
20. Кабінети судово-медичної експертизи: Дніпропетровське, Запоріжжя, Кам'янське, Кривий-Ріг . 4

Міські судово-медичні трупарні: Дніпропетровське, Запоріжжя, Кам'янське, Кривий-Ріг та Мелітопіль (утримуються коштом місцевого бюджету) 5

Донбас

21. Міжрайонові та міські судово-медичні інспектури в судовими медиками 10
22. Кабінети судово-медичної експертизи: Сталіно, Луганське, Дмитріївське, Маріюпіль. 4
23. Міські суд. медичні трупарні: Сталіно, Артемівське, Рикове, Луганське, Дмитріївське, Маріюпіль (утримуються коштом місцевого бюджету) 6

Всього на Україні

1. Центральне Бюро судово-медичної експертизи 1
2. Обласних Бюро Судово-Медичної експертизи 5
3. „ судово-медичних ляборатор1й 4
4. Судово-Медичних Інспектур 70
5. Кабінетів судово-медичної експертизи 20
6. Судово-медичних трупарень 24

148. Судово-медична організація НКОЗ на 1932 рік

(Мережа судових лікарів та судово-медичних ляборатορій)

Обласні судово-медичні інспектори

	Кількість
Харків, Київ, Вінниця, Одеса, Дніпропетровське (в апараті обздоровввідділів) . . .	5

Міські судово-медичні інспектори

Харків, Кремінчук, Полтава, Суми . . .	4
Київ, Житомир . . .	2
Вінниця, Бердичів . . .	2
Одеса, Зінов'ївське, Миколаїв, Херсон . . .	4
Дніпропетровське, Запоріжжя, Кам'янське, Кривий Ріг . . .	4
Артемівське, Ворошилівськ, Горлівка, Дмитрівське, Кадіївка, Костянтинівка, Луганське, Маріюпіль, Рикове, Сталіно . . .	10
Разом	26

Міські судові медики

Харків (8), Полтава . . .	9
Київ (7), Біла Церква, Чернигів, Житомир . . .	10
Вінниця (2) . . .	2
Одеса (6), Зінов'ївське, Миколаїв . . .	8
Дніпропетровське (5) . . .	5
Сталіно . . .	1
Разом	35

Професори-консультанти

Одеса, Харків, Київ, Дніпропетровське . . .	4

Міжрайонові судово-медичні інспектори

Харківська область: Білопілля, Богодухів, Вовча, Нова-Водолага, Гадяч, Ізюм, Красноград, Куп'янське, Лебедин, Лубні, Миргород, Охтирка, Прилука, Ромен, Слов'янське, Старобільське, Хорол, Чугуїв . . .	18
Київська область: Біла-Церква, Глухів, Звенигородка, Коростень, Корсунь, Ніжень, Новоград-Волинськ, Овруч, Черкаси, Чернигів . . .	11
Вінницька область: Жмеринка, Кам'янець-Подільськ, Козятин, Могилів-Подільськ, Проскурів, Старо-Констянтинів, Тульчин, Гумань . . .	8
Одеська область: Березівка, Вознесенське, Першомайське . . .	3
Дніпропетровська область: Бердянське, Мелітопіль, Павлоград, Олександрія . . .	4
Донбас: Лисичанськ . . .	1
Разом	45

149. Про всеукраїнський конкурс на кращу лікпрофустанову*)

До всіх облздоровввідділів, міських і районних інспектур охорони здоров'я Донбасу. До МСУ нових будівництв. Копії до НКОЗ А. М. С. Р. Р., медсансектору Уповнаркомшляхів, обласним, районним і міським комітетам профспілки Медсантруд

Додаючи тут положення про Всеукраїнський конкурс на кращу лікувально-профілактичну установу, Наркомздоров'я УСРР та ВУК МСТруд пропонують організувати участь установ вашої області, району та міста в цьому конкурсі на таких засадах:

1) У кожному районі (місті) утворити місцеві конкурсні комісії в складі 5 осіб. До складу комісії обов'язково входить інспектор охорони здоров'я (голова комісії), представник райкому або міського спілки МСТруд. Решту членів комісії залежно від місцевих умов комплектується із представників місцевої преси, робітників великих підприємств або радгоспів, райколгоспспілки або окремих колгоспів і комітету ЛКСМУ. По областях, щоб розглядати подані від місцевих конкурсних комісій та висувати певні установи та робітників на всеукраїнський конкурс організуються обласні конкурсні комісії (трійки) у складі зав. облздоровввідділу (голова), представника редакції обласної газети.

Премії присуджує Всеукраїнська конкурсна комісія під голосуванням наркома охорони здоров'я в такому складі: представник від ВУРПС'у, 1 — від Укрколгоспцентру, 1 — від ЦК ЛКСМУ, 1 — від редакції газети „Комуніст", 1 — від редакції газети „Український медробітник", 2 — від

*) Розіслано усім ОЗВ—25 липня, а РЗІ та МЗІ—20 серпня 1932 р. Ред.

НКОЗ. 2 — від ВУК'у спілки медсантруд. 1 — від Президії Єдиного Т-ва оздоровлення праці й побуту, 1 — від Українського Інституту охорони здоров'я та 3 робітників найбільших підприємств м. Харкова.

2) У конкурсі може брати участь кожна медико-профілактична установа з перелічених в положенні про конкурс (поліклініки, лікарні, медпункти тощо).

Медустанову включають у конкурс на підставі відповідної постанови загальних зборів співробітників даної установи. Постанову подається до місцевої конкурсної комісії.

Установи, що їх включено в конкурс, повинні на початок його подати до районної (міської) конкурсної комісії матеріяли, що вичерпують повнотою характеристику й стан роботи даної установи на час конкурсу відповідно до реєстру питань, про які зазначено на даному положенні.

Районна (міська) конкурсна комісія, розглянувши матеріяли, що надійшли, вирішує питання про можливість або неможливість подання даної установи, яко кандидата на премію, до дальшої інстанції, обласної трійки. У разі наявности позитивного вирішення всі матеріяли із докладним своїм висновком та оцінкою роботи установи місцева конкурсна комісія подає до обласної конкурсної трійки.

Обласна конкурсна трійка таким самим порядком подає матеріяли до Всеукраїнської конкурсної комісії.

Ухвалу районної (міської) конкурсної комісії Донбасу та обласної трійки можна оскаржити до Всеукраїнської конкурсної комісії. Оскаржити можуть загальні збори співробітників установи, що включилися в конкурс.

Районні (міські) конкурсні комісії Донбасу подають свої матеріяли безпосередньо до Всеукраїнської конкурсної комісії.

3) Терміни проведення конкурсу встановлюються такі: усі матеріяли порядком, що його визначено вище, установи, які бажають брати участь в конкурсі, подають райкомісіям у справі конкурсу одночасно з постановою колектива про участь в конкурсі. Районні комісії подають розглянуті матеріяли до обласних конкурсних трійок з 1 до 10 листопада. Обласні трійки подають матеріяли до Всеукраїнської конкурсної комісії між 10 і 20 листопада. Всеукраїнська комісія розглядає матеріяли й 20 до 30 листопада, оголошуючи остаточну постанову 1 грудня.

Результати конкурсу оголошуються в загальній та медичній пресі УСРР,

Через те, що районні та міські конкурсні комісії матимуть свою постанову про учасників конкурсу вже до 5-го листопада, Наркомздоров'я та ВУК Медсантруд визнають за бажане, щоб у районах на XV річницю Жовтневої Революції провели преміювання кращих в містах медсанустанов і кращих ударників медробітників, що виявляються районними або міськими конкурсними комісіями. Преміювання провести на міських або районових зльотах ударників, що їх скликають профорганізації спільно з райздоровінспектурами.

Обл., міськ та здороввідділи повинні утворити відповідні фонди преміювання.

Групкоми та міськоми спільно з РЗІ та МЗІ повинні організувати зльоти ударників медробітників.

Складаючи положення про конкурс, Наркомздоров'я та ВУК свідомо уникають наводити якіб то не було кількісні показники діяльности, що могли б спричинити до штучного обмеження участи в конкурсі для великих установ, а також позбавляли б змоги включити в конкурс такі установи, що, маючи недосить задовільні показники з окремих галузей своєї роботи, мають зразкові досягнення в інших галузях.

Ось чому, підходячи до оцінки роботи тої або тої установи, треба насамперед керуватися не формальними числовими показниками, а конкретними та ствердженими від місцевих організацій і громадськости досягненнями на важливих ділянках роботи, а також тими об'єктивними умовами, що в них працює відповідна установа (наявність матеріяльної бази, як забезпечено установу медперсоналом тощо).

Щоб не ускладнювати надмірно умов конкурсу, НКОЗ та ВУК не надсилають окремого положення про конкурс на кращого медробітника й пропонують, оцінюючи працю певного робітника, якого намічено висунути на конкурс, виходити передусім з його особистої характеристики, ствердженої від трикутника відповідної установи, а далі вже з того, як виконує даний робітник свою частину завдань, покладених на нього установою та, що про них наведено в положенні про конкурс.

Підкреслюючи величезну ролю і значення роботи виробничих нарад медсанустанов щодо підвищення якости роботи в установі, щодо популяризації конкурсу та боротьби за кращу установу і ліпшого медробітника, НКОЗ та ВУК пропонують, оцінюючи наслідки конкурсу обов'язково врахувати якість роботи виробничих нарад.

Щоб усунути можливі непорозуміння щодо участи в конкурсі окремих типів медсанзакладів НКОЗ підкреслює, що в даному конкурсі мають право брати участь лише ті установи, що їхній реєстр наведено в положенні та що за їхню роботу буде подано конкретні вичерпні відповідні показники, передбачені положенням.

Виходячи з наведених настановлень, треба Вам негайно розпочати організацію конкурсу на місцях, якнайширше інформувати місцеві установи про умови конкурсу й забезпечити вчасне подання та розгляд матеріялів.

Наркомздоров'я **Канторовіч**

ВУК МСТруд — **Міллер**

(Об. лист з 25 липня 1932 р.).

ПРО ВСЕУКРАЇНСЬКИЙ КОНКУРС

на кращу лікарню, поліклініку, пункт першої допомоги, сільську амбуляторію, дитячу консультацію і на кращих робітників цих установ

Завдання конкурсу

1. Конкурс має своїм завданням виявити, наскільки установи охорони здоров'я перебудували свою роботу відповідно до поточних завдань, покладених на здоровоохорону партією та урядом (виконання шости настановлень т. Сталіна, здійснення постанови ЦК ВКП(б) з 18-XII-29 р., ЦК КП(б)У з 14 березня 1931 р. про гірників Донбасу, постанови РНК УСРР про медсанобслуговування робітників провідн. галузей промисловости й т. інш.).

2. Конкурс має далі своїм завданням стимулювати пов'язування темпів і змісту роботи медсанзакладів із завданнями та роботою промисловости, сільського господарства та інш. галузей народнього господарства.

3. Конкурс має своїм завданням через громадське обслідування та обговорення роботи медсанустанов і через дальше широке оголошення наслідків, виявити установи та окремих робітників, що в них працюють, дійсно видатних своєю роботою; одночасно забезпечити належний обмін досвідом, прищепити кращі методи роботи й досягнення одної або декількох установ по інших подібних установах.

Наслідком виявлення кращих установ і робітників буде преміювання тих, що провадять кращу роботу.

Співучасники конкурсу

У конкурсі можуть брати участь:

А) *установи*: а) всі пункти першої допомоги на Україні; б) всі сільські лікарські амбуляторії; в) всі робітничі поліклініки; г) всі лікарні; д) всі дитячі консультації.

Увага: До участи в конкурсі припускаються на окремі випадки також і лікпомівські пункти, але за окремим поданням від РЗІ, МЗІ та місцевих організацій профспілки медсантруд.

Б) *окремі медробітники*: а) лікарі; б) середній медперсонал; в) адмін. госп. робітники; г) молодший медперсонал, що працює по визначених у п. А. установах.

I. Медпункти на підприємствах

Основні засади

а) Медпункт на підприємстві мусить правити за важливу ланку, що справді наближує кваліфіковану медсандопомогу до виробництва, будучи добре обізнаним на особливостях виробництва, його завданнях, досягненнях і перешкодах до дальшого розвитку.

б) Медпункт на службі виконанню промфінпляна мусить правильною й раціонально поставленою медсанроботою боротися за зниження травматизму, захоруваности, за підвищення продукційности праці і за оздоровлення виробничих умов.

в) Прагнучи сприяти доцільному використанню робсили, зберіганню її працездатности, медпункт має також за головне завдання — боротися зі всіма видами уникання від роботи, симуляції, аґравації тощо.

Показники

1) Здійснення обліку захоруваности та травматизму. Сигнально-оперативний облік.

2) Виявлення на підприємстві місць і пунктів підвищеної захоруваности.

3) Своєчасний медогляд працюючих по шкідливих цехах і місцях.

4) Організація елементарної допомоги в цехах (аптечки, навчання активістів-санітарів). Зв'язок медпункта з поліклінікою та робота під її керівництвом.

5) Робота медпункту в боротьбі за санмінімум у цехові, в заводській їдальні, буфеті, заводському клюбі.

6) Участь медпункту у профконсультації й профдоборі, а також в роботі щодо приймання, санобробки та розташування знову прибулої робсили.

7) Ознайомлення з організацією виробництва та його процесами і участь медпункту у розв'язанні та побудові цих питань: а) промфінплян та участь в його виконанні; б) обізнаність з режимом праці (ущілення робітного дня, система роботи, безперервка, робота жінок і підлітків, та вплив медпункту в цій справі; г) участь медпункту в справі втілення жіночої праці на підприємстві; д) обслуговування нічних змін.

8) Пов'язування роботи медпункту з інспектором праці, з сектором охорони праці ФЗК. Загальна участь у роботі з техніки безпеки. Робочі бриґади охорони здоров'я (колишні здоровосередки), участь у діяльності гром. сануповноважених тощо.

9) Зв'язок медпункту з заводськими професійними та громадськими орґанізаціями; форми та наслідки цього зв'язку.

10) Допомога від медпункту роботі дитячих ясел (вплив на участь ясел у справі виконання промфінпляну підприємства, режим і години роботи ясел, процедура приймання дітей та повернення їх батькам).

11) Участь медпункту у відборі робітників на курорти, в санаторії тощо. Конкретні показники та наслідки цієї роботи.

12) Профілактична та саносвітня робота. Популяризація роботи медпункту та всієї санітарно-профілактичної справи серед робітників.

13) Раціоналізаційна робота медпункту: конкретні наслідки щодо раціоналізації прийому, методу реєстрації, допомоги швидше отримати ліки, скорочення часу очікування хворих на прийом.

14) Застосування метод соціялістичного змагання та ударництва (порівняльні дані та досягнений ефект). Ставлення медперсоналу до роботи (уважність, темпи роботи, пов'язування її з промфінпляном). Виробнича дисципліна.

15) Взаємини з адміністрацією підприємства (авторитетність медпункту та його персоналу в обстоюванні тих або тих заходів, скерованих на поліпшення роботи).

16) Обладнання медпункту. Здатність приміщення; раціональне використання самого приміщення, інвентаря, інструментарія.

17) Транспорт для медпункту.

II. Сільська медамбуляторія (лікарська)

Основні засади

а) Сільська медамбуляторія, як примітив єдиного диспансера на селі, повинна провадити роботу диспансерними методами, не тільки реєструючи звертаємість населення, але й аналізуючи захоруваність на основі вивчення умов праці й побуту населення дільниці.

б) Сільська медамбуляторія, як низова ланка, що виявляє соцзахорування та гострі інфекційні захорування, що своєчасно сигналізує про них лінією охорони здоров'я; сільамбуляторія, як ліквідатор вогнищ гострих інфекційних захорувань.

Показники

1) Заходи меддільниці щодо боротьби за зменшення захорувáности. Зв'язок дільниці з радгоспами та колгоспами, що є на її терені (конкретні приклади й цифрові дані).

2) Форми й методи клясового обслуговування людности (чи запроваджується принцип переважного обслуговування та на які групи людности він поширюється).

3) Чи надається платну меддопомогу, в яких видах лікування та кому саме. Раціональне використання коштів, що надходять від платної допомоги (зокрема за аборти).

4) Розвиток допомоги на дому. Порівняні цифрові показники. Наявність транспорту та його стан.

5) Запровадження пляновости в роботі. Наявність у пляні питань профілактичного обслуговування робітників радгоспів, колгоспників та трудящих одноосібників. Наявність постійного профілактичного дня та конкретні наслідки його запровадження.

Організація медпунктів на сільсько-господарських кампаніях.

6) Робота по медсанобслуговуванню засівної кампанії, збирання врожаю, зяблевої оранки тощо. Навчання здоровактиву надавати першу допомогу. Використання активу. Конкретні наслідки. Пристосування годин роботи меддільниці до розпорядку робітного дня й відпочинку сільгосп. робітників (робітників радгоспів і колгоспників).

7) Надання пологової допомоги: а) наявність пологових ліжок в амбуляторії; б) охоплення пологодопомогою в стаціонарі й вдома (за участю персоналу) у порівнянні з загальними числами народжень; в) боротьба з знахарством, підпільними бабками-повитухами тощо,

8) Роля дільниці в організації дит. ясел, допомога яслам і нагляд їхньої роботи. Наслідки цієї роботи.

9) Участь меддільниці в боротьбі за чистоту, за додержування та втілювання санітарного мінімуму в громадських місцях та установах (будинках колгоспника, їдальнях, читальнях, лазнях тощо). Протиепідемічна робота амбуляторії (запровадження запобіжних щеплень, заходи до виявлення та своєчасної шпиталізації пошесних хворих тощо).

10) Саносвітробота. Її зміст та охоплення людности. Форми та обсяг заходів, спрямованих на боротьбу з вен. захворуваннями та туберкульозою.

11) Санітарний стан медамбуляторії. Участь колективу амбуляторії в запровадженні потрібних ремонтів, притягуванні коштів населення, щоб поліпшити постановку роботи (розвинення пологових та абортних ліжок, придбання транспорту тощо). Конкретні наслідки.

12) Політична робота персоналу меддільниці (сприяння запровадженню кампаній, позик, самооподаткування, мобілізація коштів тощо). Зв'язок із сільрадою та місцевими громадськими організаціями.

13) Наслідки соцзмагання меддільниці з іншими дільницями.

14) Раціональне використання та бережливе витрачання фінансових коштів, інвентаря, медикаментів, перев'язувальних матеріялів тощо. Цифрові дані економії та її використовування.

III. Міська дитяча консультація

Основні засади

а) Дитяча консультація — як установа, що в ній, навіть за відсутности єдиного диспансера (де його не зорганізовано), — найбільше застосовуються й відбиваються диспансерні методи роботи.

б) Консультація — не ізольована установа, а така, що мусить здійснювати щільний зв'язок і пологовими відділками, яслами тощо, прагнути охоплювати жінку-робітницю й колгоспницю з самого початку вагітности аж до моменту обслуговування новонародженої дитини й перших років її годування й виховування.

в) Консультація, як комплексна установа, що, охороняючи здоров'я жінки й дитини, — тим самим забезпечує соціялістичній країні здорову зміну та зберігає жіночу силу для виробництва й корисної діяльности.

Показники

1) Робота за пляном. Відбивання в пляні вимог виробництва та сприяння промфінпляну.

2) Територія обслуговування. Охоплення трудящого жіноцтва та дитинства, насамперед робітниць та дітей робітників. Пляновість роботи.

3) Досягнення в обслуговуванні дітей до 1 року: а) відсоток охоплення, б) боротьба з кишковими захоруваннями; в) боротьба з інфекційними захоруваннями; г) зв'язок з дитячою палатою пологового будинку та форми цього зв'язку (обмінні картки); д) зв'язок з найближчими яслами; е) зв'язок з ЗАГС'ом відомості про народимість і смертність дітей до 1 року (1929, 1930, 1931 р. р.); організація та цифрові дані порівняльно до минулого року.

4) Лікувальне та профілактичне охоплення дітей до 7 років: а) зв'язок із дитячими майданами на терені діяльности консультації; б) зв'язок із дитячою поліклінікою або дитячим кабінетом поліклініки, зокрема в галузі боротьби з венеричними та шкіряним захворюваннями, туберкульозою); надання спецвидів меддопомоги. Профілактичні щеплення. Конкретні цифрові наслідки цієї роботи.

5) Зв'язок консультації з виробництвом.

6) Наслідки боротьби за зниження дитячої смертности. Охоплення патронажем найраннього маленства.

7) Клясове обслуговування дітей за ознакою: а) певного виробництва; б) дітей робітниць; в) дітей жінок робітників. Цифровий матеріял 1930 та 1931 рр.

8) Характеристика обслуговування жінок, а) вагітних (зокрема щодо охоплення перших місяців вагітности); б) після пологів; в) абортних; г) після абортів. Обслуговування робітниць, жінок робітників. Цифрові показники (порівняні).

9) Принципи обслуговування жінок, що на виробництві. Заходи до втілення жіночої робсили на виробництві та наслідки цього.

10) Зв'язок в обслуговуванні жінок та його форми (із пологовими та абортними будинками, відділками лікарень).

11) Форми боротьби з абортами.

12) Застосування метод ударництва та соцзмагання в самій консультації та з іншими однорідними установами.

IV. Районова дитяча консультація

1) Робота за пляном. Відбивання у пляні сприяння колективізованому сільськ. господарству Чи є обмеження груп обслуговування за клясовим принципом. Цифрові показники (порівняні).

2) Зв'язок консультації з райЗАГС'ом, облік народимости та дитячої смертности. Зниження смертности (наслідки порівняльно до попереднього року або двох років). Гігієнічна консультація в райЗАГС'і. Звертання до неї (порівняні дані).

3) Зв'язок із абортною, пологовою та дитячою палатою райлікарні.

4) Форми зв'язку з поліклінікою, амбуляторією і дільничними лікарями.

5) Обслуговування дітей до 7 років. Лікувальна та профілактична допомога дітям.

6) Форми боротьби з туберкульозом та венеричними захоруваннями серед дітей.

7) Прищепна робота (проти віспи та обкладу). Кількість охоплених.

8) Організація при консультації дитячого майдану. Оздоровна робота серед дітей. Її наслідки порівняльно за 2 останні півріччя (1931 р.).

9) Організація та керівництво сільськими яслами (зокрема сезоновими).

10. Робота медперсоналу дитячої консультації, патронажної сестри. Цифровий матеріял.

11. Боротьба консультації за санмінімум у побуті жінок та дітей. Конкретні досягнення.

12. Консультація серед матерей: обслуговування вагітних, післяпологових, абортних, післяабортних. Гінекологічна допомога.

13. Форми боротьби з абортами. Цифровий матеріял.

14. Саноосвітня робота (бесіди, лекції тощо). Цифрові дані.

V. Лікарня (міська)

Основні засади

а) Лікарня, надаючи кваліфіковану розгалужену по відділках меддопомогу, мусить прагнути якнайскоріше відновити сили робітника — учасника соціялістичного будівництва.

б) Лікарня повинна бути водночас базою, щоб виховувати нові кадри на засадах виробничого навчання.

Показники

1) Плянове запровадження роботи. Реальність і конкретність пляну та стан його виконання

2) Участь лікарні у боротьбі за промфінплян обслуговуваних підприємств, профілактична її робота; зв'язок із поліклінікою. Облік стану хворих, що виписуються після лікування. Дифе-

ренцьована допомога, перевага ударникам та учасникам соцзмагання і робітникам провідних галузей промисловости перед іншими групами, правильний облік та реєстрація.

3) Організація обслуговування хворих: а) ліквідація знеосібки щодо хворого; б) уважне ставлення до хворих (зокрема нічного часу); в) наявність середлікарняних захорувань і післяопераційних нагноєнь; г) точне виконання персоналом призначень лікаря щодо догляду та обслуговування хворих; д) механізація окремих виробничих процесів.

4) Лікарня, як зразок чистоти та порядку. Впорядкування питання відвідування хворих їхніми родичами. Контролювання передачі продуктів та різних речей. Запровадження ремонту.

5) Харчування хворих: доцільність і раціональність використання внутрішніх ресурсів на поліпшення харчування; додержування санітарних правил підчас виготовлення їжі. Наявність меню та якість харчування.

6) Оборот ліжка (зменшення часу займання ліжка до огляду хорого, до операції тощо).

7) Зниження вартости ліжко-дня за умови додержування високої якости допомоги. Порівняльні дані за два півріччя 1931 р. (або з першим кварталом 1932 р.).

8) Госпрозрахунок у лікарні. Враховування ресурсів і витрат по кожній частині в установі. Питання виробничих показників та собівартости. Господарчі заходи в лікарні: організація городів, тваринництво, майстерні тощо.

9) Заходи до поліпшення матеріяльно-побутового стану медперсоналу. Усунення зрівнялівки в оплаті праці.

10) Чіткий розподіл функцій та відповідальности; одноначальність, ліквідація знеособлення в зберіганні та користуванні з госп. майна.

11) Піднесення виробничого начала в лікарні: виробничі наради (загальні та по відділках), раціоналізацій роботи, участь колективу у цій роботі.

12) Лікарня, як база для готування кадрів; організація курсів для молодшого й середнього медперсонала. Цифрові дані.

13) Застосування соціялістичних метод роботи (ударництво та соцзмагання). Облік цієї роботи. Додержування одноначальности та пов'язання роботи з партійним та професійним осередком. Облік цієї роботи. Конкретні приклади досягнень.

14) Трудова дисципліна (боротьба за ущілення робітного дня, усунення прогулів, піяцтва, чітке виконання правил унутрішнього розпорядку). Конкретні приклади досягнень і цифрові порівняні дані.

VI. Лікарня (сільська)

1) Плянове запровадження роботи. Реальність і конкретність пляну та стан його виконання.

2) Склад хворих за соціяльно-клясовою ознакою. Чи запроваджується першочергове обслуговування та яких саме груп людности. Стан обліку роботи.

3) Організація кращого обслуговування: а) ліквідація знеосібки щодо хворого; б) уважне ставлення до хворих, зокрема вночі; в) точне виконання персоналом призначень лікаря щодо догляду хворого, його годування, давання ліків тощо; г) нагляд за готуванням їжі, пристосування розкладу харчування до умов хвороби; д) наявність або відсутність середлікарняних захорувань.

4) Заходи до зменшення смертности стаціонарних хворих. Порівняні дані (1 та 2 півріччя 1931 р.).

5) Лікарня, як зразок чистоти й порядку. Заходи проти занесення інфекції. Впорядкування справи відвідувань хорих їхніми родичами; передачі різних речей тощо.

6) Чіткий розподіл лікарні на відділки, або чітке відокремлення палат за ознакою фаху та хвороби вміщених у них (ізоляція пологового відділку, інфекційних хворих тощо). Дезінфекційна справа в лікарні.

7) Пологова допомога в сільській лікарні. Охоплення породіль цією допомогою. Цифрові дані.

8) Обладнення лікарні, доцільність використання всього інвентаря та реманенту. Наявність транспорту та його утримання й використання. Стан ремонту та меблі.

9) Збільшення обороту ліжок. Зменшення часу перебування хворого до першого огляду. Наявність та відсоток хроників.

10) Госпрозрахунок у лікарні: виконання кошторису, використання допоміжних ресурсів (власне городництво, кролівництво, птахівництво, власна заготівля фуражу для худоби й коней). Форми та обсяг допомоги від радгоспів та колгоспів. Точний облік собівартости окремих видів і стадій допомоги. Економія та загальна ощадність.

11) Чіткість реєстрування хворих, записів історій хвороб.

12) Раціоналізаційна робота. Зменшення вартости ліжкодня. Заощадження медикаментів, перев'язувального матеріялу, інструментарія. Доцільне використання робсили.

13) Діяльність виробничої наради та вплив її на поліпшення виробничої роботи окремих процесів її.

14) Стан соцзмагання та ударництва в лікарні. Облік перебігу соцзмагання.

15) Трудова дисципліна: виконання правил внутрішнього розпорядку, обслуговування хворих вночі, ущільнення робітного дня. Запровадження одноначальности.

16) Участь медперсоналу в роботі радорганів (сільради, РВК), в запровадженні політично-господарських кампаній (держпозики, хлібозаготівлі, допомога засівам, жнивам, мобілізація коштів).

17) Заходи поліпшити матеріяльно-побутовий стан медперсоналу (організація їдальні, додаткового постачання харчпродуктів та речей широкого споживання). Ліквідація зрівнялівки в зарплаті.

VII. Поліклініки

Основні засади

а) Поліклініка, як комплексна лікпрофустанова, мусить поряд забезпечення робітництву кваліфікованої меддопомоги, ще правити за осередок профілактичної й диспансерної роботи.

б) Особливо поліклініки, що в промрайонах, мусять так побудувати свою роботу, щоб бути справді прообразом єдиного деспансера, що має утворитись скрізь на базі поліклінік та підпорядкованих їм пунктів на підприємствах.

в) Поліклінікам належить відповідальна роля через диспансерне обслуговування робітників забезпечити успіх заходів оздоровлення умов праці й побуту.

1. Диспансеризаційна робота поліклініки

а) Організація обслуговування (за місцем роботи або за місцем мешкання). Відсоток охоплюваних диспансеризацією робітників. Форми та ступінь участи окремих кабінетів у диспансерній роботі.

б) Зменшення кількости нез'ясованих діягноз (цифрові порівняні дані).

в) Вивчення лікарями побутового стану хворих на тереві діяння поліклініки. Виявлення вогнищ соціяльних і професійних захорувань (кількісні дані).

г) Посилення профілактичних заходів (оздоровні заходи, притягування робітників та їхніх родин до участи в масових заходах оздоровлення, робота в галузі забезпечення ранніх звертань по лікдопомогу).

2. Робота в галузі зниження захоруваности

Конкретні цифрові дані. Зв'язок із пунктами першої допомоги на підприємствах та керівництво ними. Вживання заходів кваліфікованішої меддопомоги, як наслідок вказівок сигнально-оперативного обліку; вивчення виробничих умов по обслуговуваних підприємствах.

3. Обслуговування хворих

а) Скорочення часу для реєстрації. Чіткість реєстратури.

б) Чіткий клясовий підхід до хворих; особлива увага до промробітників, зокрема провідних фахів, до тих, що працюють у провідних підприємствах і найважливіших цехах. Окрема увага до робітників, що працюють у шкідливих умовах, до ударників, учасників соцзмагання і тих, що перевиконують промфінплян; організація та стан обслуговування трудового селянства.

в) Ущільнення роботи кабінетів і відділків.

г) Розвиток і кількісні показники спецвидів допомоги (рентген, фізіо-терапевтичні процедури тощо).

д) Організація меддопомоги вдома (пересічна кількість відвідувань на 1 хворого, час з моменту виклику до приїзду лікаря тощо).

є) Форми та наслідки зв'язку з стаціонарами.

4. Стан кабінетів і відділків п-ки

а) обладнання, санітарний стан;

б) доцільність розподілу приміщень і використання самих приміщень й самого обладнання,

в) запровадження ремонтів.

5. Пляновість та раціоналізація роботи

а) Втілення пляновости в роботу поліклініки, облік виконання пляну. Відбивання в пляні вимог виробничих підприємств, зокрема тих, що на терені діяння поліклініки.

б) застосування нових методів лікування і технічних винаходів,

в) скорочення часу, витрачуваного на формальні процедури (виписування ліків, видача листків про тимчасову непрацездатність тощо). Усунення черг на прийом до лікарів. Ліквідація знеосібки в обслуговуванні амбуляторних відвідувань і хворих вдома,

г) удосконалення форм первісної документації. Доцільне витрачання цих форм,

д) спрощення процедур запрошення та викликів лікарів на дом. Стандартизація виписування ліків (застосування формул),

є) роля й діяльність виробничих нарад у пол-ці.

6. Кадри

а) Правильне розташування робітної сили.

б) Заходи проти плинности робсили (заходи до поліпшення матеріяльно-побутового стану медробітників — їдальня; виконання директив уряду про поліпшення матеріяльного стану медробітників, ліквідація зрівнялівки в зарплаті).

в) Повнота й доцільність використання тих, що працюють за сполученням.

г) Заходи до готування нових кадрів та підвищення кваліфікації: курси, семінари для нижчого та середнього персоналу, заохочування заочників, підготовні заняття до вступу в мединститут, технікум тощо.

7. Трудова дисципліна

а) боротьба з прогулами, спізненнями на роботу, ліквідація піяцтва, завантаження робітного дня (зменшення скарг і адмін. стягнень),

б) чітке виконання правил внутрішнього розпорядку.

8. Адміністративно-господарча робота

а) Додержування одноначальности. Чіткий розподіл обов'язків,

б) ліквідація знеособлення,

в) ощадливе ставлення до інвентаря. Госпрозрахунок у допоміжних установах у поліклініці (лябораторіях, аптеці, пральні). Цифрові дані фактичного заощадження коштів.

9. Громадсько-політична робота в поліклініці

а) Пов'язання роботи поліклініки з діяльністю т-ва оздоровлення праці та побуту.

б) Робота колективу: виробнаради, популяризація та розуміння пляну роботи. Шефство над селом або сільською меддільницею (конкретні наслідки).

Додаток.

Про преміювання кращих співучасників конкурсу

Для преміювання виділяється кошти, асигновані Наркомздоров'я і ВУК'ом спілки МСТруд. разом на суму до 36.000 крб.

Премій буде призначено:

а) пунктам першої допомоги — 5 премій (1 перша, 2 другі та 2 треті);

б) для міських лікарень — 5 премій (1 перша, 2 другі, 2 треті);

в) для районних лікарень — 5 премій (1 перша, 2 другі, 2 треті);

г) для сільських амбуляторій — 7 премій (1 перша, 3 другі, 3 треті);

д) для поліклінік — 5 премій (1 перша, 2 другі, 2 треті);

є) для міських консультацій — 3 премії (1 перша, 1 друга, 1 третя).

ж) Для районних консультацій—3 премії (1 перша, 1 друга, 1 третя).

Склад і розміри премій

1. *Для міських лікарень і лікарень індустріяльних районів.*

Перша премія — перехідний червоний прапор від НКОЗ та 4000 крб. на організацію їдальні для медробітників.

Друга премія — (2) — основні речі обладнання клінічної лябораторії (вартість $2 \times 750 = 1500$).

Третя премія — (2) — загальна вартість $500 \times 2 = 1.000$ крб.

2. *Для сільських лікарень*

Перша премія — перехідний червоний прапор від НКОЗ й на організацію їдальні для медробітників 1.500 крб.

Друга премія — (2) — екіпаж і коняка — 1.000 крб.

Третя премія — (2) — 2 комплекти м'ягкого інвентаря для лікарняних ліжок, або комплект хірург. струментів, або обладнання червоних кутків (вартість загалом 800 крб.).

Крім того, всі премійовані сільські лікарні дістають кожна бібліотеку саносвітлітератури.

3. *Для сільських меддільниць*

Перша премія — (1) — перехідний червоний прапор від НКОЗ та комплект обладнання 3 пологових ліжок (вартість — 800 крб.).

Друга премія — (3) (вартість $500 \times 3 = 1500$ крб.

Третя премія — (3) — 2 комплекти обладнання 2 пологових ліжок — 600 крб. 1 обладнання фізкульт. майданчика для медробітників — 300 крб.

4. *Для поліклінік*

Перша премія — перехідний червоний прапор від НКОЗ та на організацію їдальні для медробітників — 3000 крб.

Друга премія — (2) речі імпортного обладнання кабінету фіз. мет. лікування тощо $2 \times 800 = 1.600$ крб.

Третя премія — (2) а) обладнання червоного кутку (вартість — 300 крб.).

б) обладнання фізкультмайданчика для медробітників — 300 крб.

5. Для медпунктів на підприємстві

Перша премія — Зуболік. кабінет. (основні речі — 1.000 крб.).
Друга премія — (2) комплект хірургічних інструментів, обладнання саносвіткутка (вартість 600 крб.).
Третя премія — (2) комплект речей надання допомоги при травмах (ноші, шини тощо) — 400 крб.

6. Для міської дитячої консультації

Перша премія — (1) кварцова лямпа і педіятрична бібліотека — 600 крб.
Друга премія — (1) комплект для антропометричних вимірювань жінок і дітей. Саносвітбібліотека — 300 крб.
Третя премія — (1) саносвітня виставка та бібліотечка — 200 крб.

7. Для районної консультації

Перша премія — (1) виставка 400 крб.
Друга премія — (1) — терези для дітей — 200 крб.
Третя премія — (1) — саносвітня бібліотека і санкуток — 150 крб.

Премії для медперсоналу

1. Для міських лікарень: на 5 преміиованих лікарень разом 10 премій — 2 наукові відрядження на 1 місяць — (600 карб) два місця в санаторіях (300 крб.) два місця в будинках відпочинку (200 крб.) 4 різні (400 крб.).
2. Для районної лікарні: на 5 преміиованих лікарень разом 15 премій — два наукові відрядження (600 крб.), три місця в санаторіях (450 крб.). три місця в будинках відпочинку (300 крб.), 7 різних (300 крб.).
3. Для сільських амбуляторій — на 7 преміиованих дільняць 12 премій, два наукові відрядження (600 крб.), два місця в санаторіях (300 крб.), п'ять місць у будинках відпочинку (500 крб.), 3 різні (300 крб.).
4. Для поліклінік — на 5 преміиованих поліклінік 12 премій: два наукові відрядження (600 крб.), два місця в санаторіях (300 крб.), 8 різних (1100 крб.).
5. Для пунктів першої допомоги — на 5 преміиованих пунктів 10 премій, два наукові відрядження (600 крб.), три місця в санаторіях (450 крб.), 5 різних (500 крб.).
6. Для міських консультацій — на 3 преміиовані установи 6 премій: одне наукове відрядження (300 крб.), одне місце в санаторії (150 крб.), два місця в будинках відпочинку (200 крб.), 2 різні (200 крб.).
7. Для районних консультацій — на 3 преміиовані установи 6 премій: одне місце в санаторії (150 крб.), два місця в будинках відпочинку (200 крб.) 3 різні (300 крб.).

5 премій для райздоровінспекторів разом на 1500 крб.

Примітка: 1. Преміиовані медробітники дістають ще почесних грамот од НКОЗ.

Грамоти можуть видаватися також іншим кращим медробітникам, хоча б їх і не преміювалося.

2. Серед премій для медперсоналу („різні") передбачено придбати комплекти медичної енциклопедії, годинники тощо.

IV. Із діяльности Наркомздоров'я, його управлінь-секторів

1. Про стан швидкої й невідкладної допомоги на Україні

Доповідь у цій справі довела, що протягом 1931 року досягнено чималих зрушень; покращав стан станцій швидкої допомоги, збільшився їхній транспорт, персонал, у багатьох місцях утворилися нічні чергування — пункти невідкладної допомоги.

Проте, й тепер, хоч і є ці зрушення, справа надання швидкої допомоги потрібує для свого дальшого поліпшення ще низки заходів.

Наводимо тут деякі відомості про теперешній стан швидкої допомоги:

Великі міста й промцентри мають свої станції швидкої допомоги як окремі структурні одиниці (виняток являє собою м. Маріупіль, що досі не має власної станції швидкої допомоги).

Станції, що є, мають дуже обмежений транспорт, через що звичайно обмежується й кількість виїздів, що чергують на станції (Луганське має 1 виїзд, Зинов'ївське — 1, Суми — 1, Одеса — 3, Миколаїв — 1 Херсон — 1).

Бувають і відмови виїхати на негайні виклики по окремих містах.

Пункти невідкладної допомоги є майже скрізь у містах (за винятком Херсона й Миколаєва). Сама ж кількість пунктів надто невелика: наприклад, Одеса має один такий пункт, Луганське — 1, Сталіне — 1.

Із непромислових міст лише два — Полтава й Біла Церква мають по одній станції швидкої допомоги, з них кожна має лише по одному виїзду, що чергує. Пункти нічних чергувань є майже скрізь за винятком Полтави, Б. Церкви, Глухова, Першотравенського й Хорола. Пункти переважно (виняток Лубні й Проскурів) функціонують протягом цілої доби. Ці пункти мають, здебільшого кінний транспорт (Н жень і Проскурів транспорта не мають).

Кількість населення, що припадає на 1 пункт нічного чергування, змінюється в межах 20 — 68 тисяч. Радіус обслуговування становить 3 - 5 кілометрів.

З промислових районів (обслідувано 10 районів) лише три — Горлівський, Слов'янський та Макіївський мають станції швидкої допомоги, здебільшого з кінною тягою.

Щодо пунктів нічних чергувань, то більш - менш задовільну кількість таких пунктів мають райони — Горлівський — 13, Риківський — 8, Никопільський — 3. Радіус обслуговування найменший це $1^1/_2$ кілометри, а найбільший — 4 кілометри.

У сільсько - господарчих районах (обслідувано 25 р - нів, що мають значні райцентри) жодний не має станції швидкої допомоги, а пункти нічного чергування є лише в 7 райцентрах, що переважно обслуговуються лікарями.

Треба тут зазначити, що невідкладну допомогу навіть там, де немає станцій або пунктів нічних чергувань, звичайно надають лікустанови, що за характером своєї роботи функціонують цілу добу (лікарні), в разі до них звертаються хворі по допомогу. У промислових районах невідкладну допомогу широкою мірою надають медичні пункти.

Швидкість надаваної допомоги дуже лімітується браком потрібного автотранспорту (відсоток його дуже низький), браком запасних частин до автомашин. Кінний транспорт чимало терпить під час перебоїв постачання фуражу. Подекуди почувався брак спецодягу для робітників станцій і нічних пунктів,

Дефекти є ще в тім, що кадри станцій і пунктів швидкої та не відкладної, допомоги часто змінюються, бракує належного зв'язку між станціями та лікарнями, до яких вони транспортують хворих та інш.

На цю доповідь комісія схвалила ряд практичних пропозицій, з яких наводимо тут найголовніші:

1. Категорично поставити перед міськрадами питання про організацію станцій швидкої допомоги там, де є понад 50000 населення.
2. Міським і районним здоровінспектурам запропоновано обов'язково виділити з коштів приросту фінансових лімітів певні суми на організацію швидкої й невідкладної медичної допомоги.
3. Пункти нічних чергувань утворити в усіх містах і селищах, де є понад 15000 населення. У містах із значним населенням організацію нічних пунктів пов'язується з роботою станцій швидкої допомоги, враховуючи їхню спроможність (це в містах, що мають понад 50000 населення).
4. Пункти нічного чергування надалі утворюватимуться при існуючих лікустановах, зокрема зважати на можливість утворення пунктів при аптеках.
5. Увесь новий автотранспорт, що одержуватиметься лінією НКОЗ, бронювати для швидкої й невідкладної допомоги в промцентрах, промислових районах і великих містах.
6. Через те, що найближчим часом неможна повнотою забезпечити місця автотранспортом, запропоновано покищо максимально використовувати кінний транспорт, забезпечивши його фуражем.
7. Хворих, що привозить транспорт станцій швидкої допомоги, стаціонари повинні приймати без відмови.
8. Поруч цього за ухвалою колегії НКОЗ у містах забезпечуватиметься всі можливості, щоб матеріял швидкої й невідкладної меддопомоги вивчався в науковому розумінні відповідними установами. Відповідні інститути мають здійснювати методологічне керівництво тими лікустановами, що в них перебуватимуть хворі, яким надано швидку або невідкладну меддопомогу.
9. Станції швидкої допомоги віднині забезпечуватимуться лікарями кращої кваліфікації. Ці ж лікарі, як правило, мають працювати і в стаціонарах, що обслуговують станції швидкої допомоги.
10. При станціях швидкої допомоги визнано за потрібне утворювати невеликі стаціонари на 5 - 7 ліжок з перев'язним пунктом для короткоремінового перебування в них хворих.
11. Навколо справи надання швидкої й невідкладної меддопомоги створити зосереджену громадську думку, втягуючи якнайбільше робітничий актив.

Робота станцій і пунктів швидкої та невідкладної допомоги потрібує найбільшої популяризації. У цій справі НКОЗ звернувся до міськрад і райвиконкомів із відповідним листом.

2. Стан медобслуговування на водному транспорті.

Сектор водного транспорту НКОЗ здійснив за час свого існування таку роботу:

а) Організував апарати водних МСУ.

б) Налагодив зв'язок і керівництво периферією поряд встановлення контролі виконання постанов і директив.

в) Опрацював та оформив угоду про взаємини між НКОЗ та Наркомводом.

г) Опрацював контрольні числа здоровоохорони 1932 р. на водному транспорті, забезпечив затвердження чисел у центральній страхкасі водників.

Асиґнування на охорону здоров'я на водному транспорті остаточно запроектовано таким розміром:

За держбюджетом — 224000 (1931 р. — було 154000 крб.) себто збільшення становить 45 %.

За фондом меддопомоги — 2852000 крб. проти 1008000, що були попереднього року, збільшення становить 183 %).

Фонд Наркомвода становить, як і минулуго року, 300000 крб.

д) Опрацював пляни раймедсанупрів на 1932 р. і їхню мережу та кошториси.

Мережа установ охорони здоров'я на водному транспорті являє собою таке:

Найменування установ	Було 1931 р.	Є тепер
Лікарні	3	4
Ліжок у них	205	375
Нічні санаторії	1	1
Ліжок у ньому	22	30
Медсанцех	1	2
Медпункти	8	9
Консультації	3	4
Ясла	3	4
Ліжок у них	125	205

е) Склав перший варіянт пляну другої п'ятилітки.

ж) Організував і здійснив багато заходів на боротьбу з епідемичними захворуваннями на транспорті (посилено дезинфекцію й дезинсекцію пароплавів, розгорнено 8 санаглядальних пунктів для сплавщиків, поголівна імунізація проти віспи, закінчено щепільну роботу проти черевного тифу).

з) Проведено чимало значних заходів охорони здоров'я дітей (охоплено 8000 дітей водників)

Костатувавши ці помітні позитивні наслідки, колеґія НКОЗ відмітила також і такі неґативні

а) Абсолютно незадовільний санітарний стан пароплавів, портів і приплавів, які надзвичайно перевантажуються посажирами, набагато більше, ніж зазначено нормами.

б) Проведено недосить заходів на поліпшення санітарного стау їдалень та гуртожитків.

в) Недосить втягується робітничий актив у здоровоохорончу роботу.

г) Недосить розгорнули саносвітроботу (аґітмасову).

д) Абсолютно незадовільні темпи розгортання будівництва лікпрофустанов; із 17 об'єктів за пляном фактично перебуває в процесі будівництва лише три, а на найближчий час передбачається розгорнути ще 5. Решту об'єктів майже не забезпечено. За одну з головних причин нерозгортання будівництва править відмова Наркомводу взяти на себе справу медсанбудівництва на водному транспорті.

е) Водників надто мало забезпечено спеціяльними видами меддопомоги.

ж) Стаціонарну мережу треба визнати за недостатню, зокрема в Одесі (2,7 ліжка нз 1000 чол.).

На виправлення відмічених недоліків колеґія склала водному секторові ряд практичних вказівок і схвалила ряд постанов: Наводимо тут найзначніші:

1. Поставити перед центральною страхкасою водників питания про перегляд (напрямком збільшення) ліміту фонда меддопомоги для Маріюпільського району, довівши його до 350 тис. крб. без Керчі замість 210000 (з Керчю).

2. У зв'язку з передбачуваним будуванням порту на Дніпробуді забезпечити санітарну й санітарно-технічну компетэнцію на цьому будівництві.

3. Забезпечити запровадження в усіх медустановах на водному транспорті оперативний облік захорувaности, розгорнути заходи боротьби з нею, ураховуючи специфічні умови роботи на водному транспорті.

4. Сектор постачання НКОЗ дістав доручення виділяти лікпрофустановам водного транспорту потрібне майно та продукти харчування, зокрема передбачаючи це підчас централізованих рознаряджень.

5. За успішне проведення щепільної кампанії колеґія преміювала всі раймедсанупри й райсанлікаря в Маріюполі.

3. Заходи попередження захорувань на черевний тиф

Колеґія НКОЗ накреслила плян і контрольні числа профілактичних прищепок од черевного тифу.

Основне завдання щепільної кампанії — це на 100 % охопити робітників провідних галузей промисловости, будівельників і тих, що знов прибувають до району. У сільських місцевостях охоплюється запобіжними щепленнями робітників радгоспів МТС, та осіб, що працюють навколо виготовлення харчових продуктів.

Склавши плян, НКОЗ ще в березні подав його районам, визначивши для кожного цифри щеплень.

На початок липня виявлено, що відсоток прищеплених досить значний, хоч і не цілком задовільний, становлячи 67,6 % виконання пляну, або абсолютними цифрами — 2168108 прищеплених,

Подекуди, особливо в Донбасі, цей відсоток набагато вищий — тут він пересічно становить 78,6 %, а в окремих районах, напр. Сталінському, Луганському, Краматорському, Маріюпільському та інш. перевищує 100 %. Із областей найбільше відстають Київська та Вінницька.

4. До пляну ліквідації малярії в другу п'ятилітку

За доповіддю заслуженого **проф. В. Я. Рубашкіна** на колегії НКОЗ захорованість на малярію протягом останніх трьох років зменшилася вдвоє. Це зменшення захоруваности є насамперед наслідком загального піднесення добробуту трудящих мас країни, а також проведених від органів охорони здоров'я заходів боротьби з малярією.

Відзначивши, що швидке розвинення індустріялізації Радянського Союзу зростання колективізації сільського господарства, великі успіхи, що є в побудуванні підвалин соціялістичної економіки, вступ у період соціялізму, — це все створило базу і для значного зменшення захоруваности на малярію протягом першої п'ятирічки, і для широкого оздоровлення країни, підготовивши ґрунт для ліквідації малярії протягом другої п'ятирічки.

Колегія схвалила основні положення пляну дальшої боротьби з малярією, поданий від Протозойного Інституту й зокрема доручила йому опрацювати питання про матеріяльну шкоду, що завдає малярія народньому господарству країни.

Протозойний інститут має за участю відповідного оперативного сектора НКОЗ, вточнюючи плян ліквідації малярії, насамперед накреслити заходи ліквідувати первісні захорування на малярію по промислових районах України, зокрема в Донбасі та Дніпропетровському пром. районі.

5. Про реалізацію замовлень і розподіл лазнево-пральних установок і дезкамер.

Виробництво дезкамер та іншої дезапаратури останнім часом набагато зросло. Системою Вукопромспілки вже на кінець першого кварталу виготовлено було 350 лазнево-пральних установок

Запорізький завод за цей час виготовив 240 установок.

Щодо дезінфекційних камер, то Маріюпольський машинобудівельний завод має виготовити камер Сакса — 450 шт., камер Крупіна — 142, камер Рубнера — 14 шт.

Колегія відмітила поліпшення, що є в справі виготовлення дезапаратури, відзначила кончу потребу налагодити виробництво пересувних лазень; призначених обслуговувати сільську периферію.

На підставі постанови РНК УСРР з 11 травня ц. р. на місця дано директиву використовувати лазнево-пральні установи на організацію по колгоспах лазень спрощеного типу, для чого провести спеціяльну роботу по колгоспоб'єднаннях та окремих колгоспах.

Колегія особливо відзначила ряд випадків недбайливого ставлення до реалізації вже готової продукції (на Дніпропетровському заводі замовці не забрали — 75 лазнево-пральних установок, на Запорізькому — 40 та хлорпікринових камер 50 шт., на Маріюпільському заводі — 43, камери та інш.

Надалі реалізацію дезкамер і дезапаратури цілком покладено на ВАУ з тим, щоб остання складала умови із заводами, господарствами та РЗІ і МЗІ — споживачами цієї продукції, стежила за виконанням замовлень, регулювала всі фінансові питання та розрахунки із замовцями, заводами та інш.

ВАУ має також скласти з Маріюпольським заводом угоду на додаткове виготовлення дезапаратури та подбати за те, щоб заводи відправляли готову продукцію повними комплектами.

6. Віспощепна кампанія наближується кінця

Доповіді в цій справі колегія заслуховувала декілька разів.

31 травня ц. р. колегія констатувала, що першу половину поголівного віспощеплення виконано були задовільно, але подекуди ці задовільні перші результати спричинили демобілізаційні настрої, через що друга половина щеплень проводилася повільнішими темпами. Останні часом робота прискорилася, і на 10 липня було прищеплено понад 24 млн. чол. (на 1 червня було лише 20.000 000 ч.).

На доповідь епідсектора колегія запропонувала роботу спрямувати так, щоб кампанію у липні в основному закінчити.

Особливої увиги потрібує справа збільшення прищепних пунктів (організовано додаткові пункти безпосередньо на підприємствах, по найбільших МТС та інш.), притягаючи для роботи в них увесь наявний медперсонал.

Через те, що на місцях спостерігалися перебої в справі фінансування заходів прищепної кампанії, а подекуди бракувало достатньої кількости кадрів прищепників, колегія запропонувала відповідним секторам подбати за те, щоб заабзпечити всі місця потрібним щепільним матеріялом та вточнити всі джерела фінансування віспощепної справи.

НКОЗ виділив преміяльний фонд — 10000 крб. для преміювання районів та окремих медробітників, що дадуть найкращі показники віспощепної роботи.

7. Розгортання курортової кампанії 1932 року

Санкурдопомога значно зросла; 1931 року санкурмережа становила 9695 ліжок замість 5920 що були попереднього року, а кількість ліжок, що функціонують протягом цілого року, збільшилася з 95 до 2615.

Протягом останнього року виявлено та засвоєно ряд нових курортових місцевостей, а старі курорти набагато реорганізували.

Набагато поліпшився соціяльний склад хворих (1931 року робітники від варстату становили 54.8% замість 40,6% 1930 року).

Колегія затвердила поданий плян санкурдопомоги на 1932 рік, що дає значне збільшення всіх показників щодо самої ліжкової мережі та всіх інших видів санкурдопомоги.

За пляном випуск мінеральних вод із джерел УСРР цього року доводиться до 20—25 мільйонів пляшок замість...

8. Медобслуговування членів родин червоноармійців і військово-службовців

За постановою колегії НКЗдоров'я з 29 червня ц. р. — заходи на медобслуговування родин червоноармійців і військовослужбовців значно розширюються та посилюються.

Ось найголовніші з цих заходів:

1. Заводяться спеціяльні медичні книжки, що дають право на медобслуговування в усіх бюджетових установах НКОЗ.

2. У сільських постійних і сезонних яслах, а також по містах (у невиробничих яслах) виділяється не менше як 10% місць для дітей червоноармійців і військслужбовців.

3. Починаючи з 1933 р. для дітей червоноармійців і військслужбовців виділяється 50 скрізних ліжок у ріжних дитячих санаторіях.

4. Для дітей цієї групи утворюється в Одесі (1933 р.) спеціяльний дитячий санаторій на 75 — 100 ліжок.

5. Для родин червоноармійців і військслужбовців виділено 60 скрізних ліжок у інститутах НКОЗ (Рентгенологічних, туберкульозних, венерологічних, ортопедичних, ото - лярнгологічному офтальмологічному та інш.).

6. Члени родини одержують допомогу скрізь безвідмовно, причому в поліклініках, кабінетах, лябораторіях щодо черговости вони прирівнюються до робітників. Стаціонарні установи приймають членів родини червоноармійців і військслужбовців позачергово.

7. Щоб урегулювати та забезпечити видачу ліків із цивільних аптек, здороввідділи видають лікарям достатню кількість блянків для безплатного виписування ліків.

9. Шефство над Богунським полком

НКЗдоров'я взяв шефство над славним своїми бойовими заслугами Богунським полком.

Представники колегії та партосередку НКОЗ уже відвідали полк дістали там ряд відомостей про потреби полку і тепер від колегії НКОЗ стверджений плян шефського обслуговування, скерований на поліпшення санітарно-побутового стану червоноармійців і комскладу полку, на охорону здоров'я їхніх родин і дітей та інш.

Наркомздоров'я тримає тепер діяльний зв'язок із полком, організовує незабаром конкурс на краще й чистішо приміщення в касарні, на краще засвоєння червоноармійцями санмінімуму та санітарно-гігієнічних звичок.

На запровадження згаданих заходів та на преміювання кращих ударників колегія асигнувала понад 15000 крб.

Провести ряд практичних заходів доручено Житомирській міськінспектурі охорони здоров'я (постійний нагляд, надання позачергової допомоги, спеціяльні види меддопомоги та інш.).

10. На відзнаку 10-річчя харківського кабінета суд.-медичної експертизи

(Розпорядження Наркома Охор. Здор. УСРР т. Канторовіча з 28 червня 1932 р.)

Відзначаючи 10-річчя існування Харківського кабінета судово-медичної експертизи, висловлюю подяку керівникові кабінету т. Мейєру В. Р. що організував цей кабінет і ввесь час керував його роботою, провадячи велику роботу та секретарю цього кабінета т. Оніщенкові Ф. О., що своєю бездоганною роботою, ввесь час існування кабінету сприяв розвиткові та чіткости роботи кабінету.

Преміювати т. Мейєра науковим відрядженням на 2 місяці в межах СРСР, а т. Оніщенкові видати грошову премію 300 крб.

Наркомздоров'я **Канторовіч**

11. Відзначено 10-річну роботу т. Марзєєва

З приводу того, що минуло 10 років роботи тов. Марзєєва, О. М. на посаді керівника санітарно-епідеміологічної справи на Україні, колегія Наркомздоров'я відмітила, що т. Марзєєв працював увесь час з великим ентузіязмом, підносячи на належну височінь санітарний стан

Республіки і провадив одночасно велику наукову, науково-дослідну та педагогічну роботу з питань санітарії та епідеміології.

Відзначаючи таку велику роботу т. Марзеєва колегія НКОЗ висловила йому щиру подяку та ухвалила преміювати т. Марзеєва закордонним науковим відрядженням.

12. Подяка та винагороди за ударну роботу в організації виставки НКОЗ з питань технічної реконструкції охорони здоров'я

Виставка, що влаштував НКОЗ УСРР у Москві підчас Всесоюзної конференції в справі технічної реконструкції охорони здоров'я, була цілком правильно побудована і своїм тематичним змістом, і щодо художнього оформлення.

Всесоюзний Виставком дав висновок, що український павільйон був один із найкращих на всій виставці.

Нарком охорони здоров'я УСРР тов. Канторовіч С. І. відзначив у своєму розпорядженні, що цьому успіхові значною мірою сприяла сумлінна суто ударна робота Оргкомітету при НКОЗ та багатьох периферійних установ та інститутів.

Членам оргкомітету висловлено, а т. т. Кагана С. С. Приходька Ф. Г. Гінзбурга И. Ю. Динкина І. Л. Повіренного А. В. Шіхмана Ю. Л. нагороджено грошовими преміями.

Грошові винагороди видано секретарям сектора Брацставин т. т. Рожицькій Л. М. та Левіт Ф. М.

Премійовано сумою 1500 крб. колектив робітників майстерні інституту патології та гігієни праці, що брав участь у виготовлені експонатів для виставки.

Подяку висловив Нарком таким товаришам: Шрайбергу М. Д (Дніпропетр. ОЗВ), Головіну (теж) Ситенько, Слободському, Новаченкові (Інститут ортопедії та травматології), Шашкові Челюсткиній (Одеський медінститут), Гросеру (Київськ. Сан. бак. інститут), Кушніру й Дашевському (УКУ), Максимовичу (Проскурівська станція лікрослин ВАУ), Гофунгу й Вальтеру (Харк. Стоматолог. інститут), Хайшинській й Амчиславському (Укрдезбюро НКОЗ), Майданському (Інститут Здоровоохорони Харків), Немировському (ДОРАС) та Яєчкіну (НКОЗ).

Від імени НКОЗ т. Канторовіч оголосив подяку Виставкому Всесоюзного оргкомітету в особі т. т. Жукова та Нодельмана за цілковите сприяння розгорненню та оформленню павільйону НКОЗ УСРР.

13. На вшанування пам'яти проф. В. Я. Рубашкіна

Колегія Наркомздоров'я на увічнення пам'яти померлого видатного вченого УСРР та заслуженого **проф. В. Я. Рубашкіна** ухвалила ряд заходів.

1. Встановлено щорічну премію ім. небежчика за кращу роботу в галузі експериментальної медицини.
2. Щороку надаватимуться двом молодим ученим наукові відрядження в питаннях теоретичної морфології та паразитології.
3. Відпущено кошти на продовження праць проф. Рубашкіна в питаннях клітинної теорії Наукові праці буде видно коштом НКОЗ.
4. У Харківському медінституті встановлюється 3 стипендії ім. заслуж. проф. В. Я. Рубашкіна.
5. Ім'я проф. Рубашкіна надано Всеукраїнському протозойному інститутові та Сталінській державній малярійній станції.
6. Утворюється інститут технічної реконструкції охорони здоров'я ім. проф. Рубашкіна В. Я.
7. Дітям покійного професора надано стипендії.
8. Порушено клопотання про те, щоб родині проф. Рубашкіна надали академічну пенсію.

14. Березівські мінводи — курорт республіканського значення

На подання Харківської міськздоровінспектури колегія Наркомздоров'я УСРР визнала Березівські мінеральні води за курорт загальнореспубліканського значення.

15. Нове в галузі охорони здоров'я

У звязку з грандіозними завданнями технічної реконструкції, що має соціялістична охорона здоров'я НКОЗ організував постійний комітет технічної реконструкції за головуванням Наркома охорони здоров'я т. **Канторовіча С. І.**

16. Реорганізація рентгенінститута

Наказом Наркома охорони здоров'я тов. Канторовіча в новому будинкові рентгенінститута організовано комплексний інститут під назвою: **Всеукраїнський державний рентгонологічний, радіологічний та онкологічний інститут.**

Здійснюючи побажання загальних зборів робітників інститутів, а також постанову партійних і професійних організацій, Наркомздоров'я надав комплексному інститутові ім'я Голови Ради народніх комісарів тов. Чубаря Власа Яковича.

(Із розпорядження НКОЗ з 17 червня 1932 р.)

17. У комісії виконання

а) Про обслуговування кампанії збирання врожаю

Комісія визнала, що утворена в апараті НКОЗ трійка в справах підготови до медобслуговування сільсько-господарських кампаній досить своєчасно й задовільно розгорнула свою роботу.

Водночас констатовано, що частину плянових передбачень недовиконали (це — щодо обслуговування засівної кампанії, а також і до збиральної кампанії) переважно через недбайливе ставлення від райколгоспспілок до виконання директив УКЦентру (зокрема — про придбання від філій ВАУ аптечок першої допомоги та захисних окулярів).

Незадовільно здійснювали райколгоспспілки завдання щодо забезпечення належної роботи курсів підготови персоналу для с. г. кампаній (найом приміщень, харчування та інш.), через що плян готування активу охорони здоров'я недовиконано цього року.

Комісія виконання доручила медико-профілактичному управлінню звернутися до ЦКК-НКРСІ з проханням вплинути на колгоспні організації, щоб вони здійснили плян обслуговування збиральної кампанії.

Трійка дістала від комісії виконання вказівок у справі виправлення дефектів громадського харчування і хиб санітарного нагляду, що спостерігалися підчас засівної кампанії.

Комісія виконання зауважила трійці несвоєчасне одержування нею від місцевих організацій інформацій і звітів про перебіг та обслуговування сільсько-господарчих кампаній.

б) Про медобслуговування чужоземних робітників

Комісія виконання констатувала, що в справі медичного обслуговування чужоземних робітників медпрофсектор НКОЗ видав, 1931 і 1932 р. р. ряд директив, склав конкретний плян додаткових заходів медобслуговування чужоземних робітників у Донбасі, двічі перевіряв виконання директив через відряджених представників НКОЗ, вислухав ряд спеціяльних доповідей РЗІ.

Наслідком цього виявлено, що стан медобслуговування фахівців — чужоземців останнього року покращав щодо організації меддопомоги, виділення лікарів, що володіють чужоземними мовами, надання санкурдопомоги, обслуговування дітей чужоземців, посилення санбутової роботи по гуртожитках, да живуть ці робітники.

Проте, комісія визнала, що відомості, що має медпрофсектор, невичерпні, зокрема щодо безпосереднього обслідування місць.

Є також відомості, в окремих районах (напр. у Краматорському) — справі обслуговування чужоземців не приділяють достатньої уваги; родини чужоземців недосить охоплено диспансеризаційними заходами, подекуди були випадки нетактичного поводження з чужоземцями (Гришине), для обслуговування стаціонарною допомогою на місцях не виділили окремих палат, де була змога це зробити.

У ряді пропозицій, що склала комісія виконання ось найголовніші:

а) Зібрати до 10 серпня точні дані про стан медобслуговування робітників і фахівців чужоземців (на тих РЗІ та МЗІ, що не подали зажиданих відомостей, накладено різні стягання).

б) Управління оздоровлення залюднених місць і побуту має прискореним темпом опрацювати конкретні заходи в справі поліпшення санітарного стану побутових об'єктів і закладів що обслуговують чужоземців, а сектор санкультури й пропаганди має розгорнути належну роз'яснювальну й саносвітню роботу серед чужоземних робітників і фахівців.

в) Про розгорнення сітки магазинів і рундуків санітарії та гігієни на колгоспних базарах

Із доповіді представника ВАУ виявлено, що ВАУ має в цій справі відомості лише за 1-й квартал поточного року. Відомостей за 2-й квартал, а зокрема — про відкриття кіосків санітарії й гігієни по колгоспних базарах ВАУ не має.

За повідомлення ВАУ, першого кварталу з 52 крамниць, які передбачено відкрити 1932 року, фактично відкрито 14. Досі не склали ще пляну організації кіосків по колгоспних базарах.

Отже комісія виконання запропонувала ВАУ скласти своїм місцевим філіям директиву про те, щоб відомості про розгорнення сітки крамниць подавали вони, на затримуючи й не залежно від термінів подання статистичних звітних відомостей.

Встановлюється, як правило, що кіоск аптекоуправління повинен бути на кожному колгоспному базарі.

Сектор сантехпропаганди мусить подбати за те, щоб скрізь по крамницях санітарії й гігієни було організовано продаж саносвітлітератури.

V. Із досвіду місць

1. Приклад, гідний наслідування

(Активністю колгоспників і медробітників сільську амбуляторію перетворили на зразкову лікарню)

Громівська меддільниця (на Мелітопільщині), маючи одну лише амбуляторію, обслуговувала 5 сільрад, що мають загальну кількість населення 18000 чол.

Обслуговувані від амбуляторії села були на відстані від 5 до 12 клм; найближча ж лікарня була за 15 — 30 клм. Це поставило перед медробітниками завдання зайтися навколо організації в с. Громівці лікарні.

Починаючи з 1927 і до 1931 р. вони не раз порушували питання про лікарню перед сільськими радами та самим райвиконкомом. Так само чимало постанов і клопотань порушували збори, КНС загальносільські збори, але напружений фінансовий стан району не дозволяв здійснити ці всі постанови. І тільки тоді, коли трудове селянство району стало на шлях колективізації, справа хутко посунулася вперед.

У червні 1931 року на пленумі Громівської сільради поставили доповідь лікаря про організацію лікарні власними силами, залучаючи до цього кошти околишніх колгоспів. Доповідач виходив із таких передумов: Громівська дільниця має 2000 колгоспних дворів, і колгоспникові не дуже важко буде відрахувати із свого бюджету $2^1/_2$ карбованці, а в цілому це дасть потрібні 5000 карб., себто мінімальну суму для організації лікарні.

Пленум сільради звернувся з товариським листом до колгоспів, закликаючи їх взяти участь в організації лікарні, а лікар, приїжджаючи в колгоспи, провадив розмови про мету й завдання радянської охорони здоров'я, про форми участи населення в оздоровленні та оздоровних заходах.

Колгоспники гаряче відгукнулися на заклик, скрізь одностайно почали відраховувати кошти, і незабаром потрібні 5000 карб. було зібрано по 24 колгоспах.

На ці кошти придбали просторе приміщення, де розгорнули велику амбуляторію з почекальнею на 100 осіб (у старій вміщалося не більше, як 20 — 25 чол.). Тут же виділили квартир для середнього та молодшого медперсоналу. Придбали ліжка, білизну, інструментарій, господарський реманент, різне обладнання, пару коней тощо. Використали повнотою майно колишньої амбуляторії. На ціж таки кошти та власною участю колгоспників-активістів у грудні 1931 р., не зважаючи на зимовий час, розпочали й повели більшовицькими темпами внутрішню перебудову та перевстаткування приміщення колишньої амбуляторії. Щоб утворити там коридорну систему, поставили нові стіни, після чого явилася повна змога утворити 4 палати на 15 ліжок з пологовим відділком та операційною кімнатою. У січні закінчили ввесь ремонт, і лікарня розпочала свою нормальну роботу.

Колгоспи широко допомагали організувати лікарню, відпускаючи безплатно будівельні матеріяли, опалення тощо. Ще з осени колгоспники привезли в лікарню (тоді ще майбутню) городину, фрукти та інші харчові продукти для харчування хворих. Колгосп передав лікарні корову. Отже хворі мають щодня досить молока. Лікарня має навіть змогу виробляти з решти молока масло. Для харчування хворих лікарня відгодовує свиней, посіяла 4 га ярини.

Підтримуючи ініціятиву колгоспників, РВК взяв з 1-го січня 1932 р. лікарню на свій бюджет.

Лікарня тісно пов'язала свою роботу із роботою колгоспів. Лікарня стала одною з виробничих колгоспних бригад, а лікар — її відповідальний бригадир. Такий тісний зв'язок дає змогу вчасно запроваджувати ріжні оздоровні заходи, цим самим допомагаючи здійснювати виробничі завдання.

Лікарня вже провела деякі нові форми лікувальної роботи: наприклад, хворих ревматиків лікували взимку в хатніх умовах гряззю з місцевого Сиваського озера. Лікування дало досить позитивні наслідки — багато хворих влітку стали до роботи.

Щоб не відривати від роботи тяглову силу, лікарня утворила на селі на відстані 4 клм. медпункт, де працює лікпом, виконуючи вказівки лікаря й надаючи першу допомогу. Отже колгоспник не витрачає часу на поїздку й не відриває коней від роботи.

З досвіду Громівської лікарні можна скласти такі висновки:

1. Колгоспи — це багатий невичерпний резерв, що може дати величезні можливості в справі будівництва охорони здоров'я на селі.

2. Медичну роботу треба будувати так, щоб сприяти виконанню завдань колгоспів.

3. Медробітники на селі повинні бути в курсі всіх господарських завдань колгоспів своєї ділянки та знатися на їхній роботі.

4. Лікустанова на селі — це оздоровна колгоспна бриґада.

Треба тут же широко оголосити прізвище медробітника-активіста, що своєю невтомною працею та ініціятивою організував справу та працює з ентузіязмом на користь трудящих.

Це — лікар **Годований А. Я.**

2. Чубарівські медробітники-ударники

Наслідуючи приклад колгоспників ударників (усіма відома їхня відовва до колгоспників і робітників України) Чубарівщини, і медробітники цього району оголосили себе ударниками збиральної кампанії четвертого вивершального року п'ятирічки та хлібозаготівлі.

І треба сказати, що медробітники багато роблять, щоби цілком виправдати своє почесне звання.

Відкинувши старі методи роботи, медсанорганізація перешикувала свою роботу на боротьбу за санітарний мінімум, за оздоровлення нового побуту, за здійснення завдань партії та уряду в справі меддопомоги трудящим.

Найголовніше — це те, що медробітники Чубарівщини щільно пов'язують свою роботу із виробничо-господарчими завданнями, що виконує ввесь район в цілому.

До початку засівної кампанії у районі спромоглися підготовити на двомісячних курсах 250 ясельних робітниць, а крім того, 375 колгоспників навчилися надавати першу допомогу. Підчас засівної кампанії у районі розгорнули 21 пункт першої допомоги, забезпечивши їх медперсоналом, причому разом із 11-ю постійними медамбуляторіями це становило 32 пункти, де засівники діставали кваліфікованої медичної допомоги. Аптечками забезпечили всі абсолютно колгоспи району.

Поряд таких оздоровних заходів медробітники поставили собі завдання провадити роботу, спрямовану на максимальне сприяння успіхові всіх політичних кампаній, що навколо них заходиться район;

1) Зберігти якнайбільше чоловіко-днів для виробництва (збиральної кампанії минулого року витрата становила 46250 днів).

2) Брати активну участь у популяризацію постанов про єдиний сільсько-господарський податок, хлібозаготівлі, колгоспну торгівлю тощо.

3) Розгорнути додаткову ясельну сітку, щоб охопити яслами все дитинство відповідного віку.

4) Брати участь у всіх заходах культобслуговування трудящих селян (передбачено провести понад 225 лекцій і бесід).

5) Боротися за додержування революційної законности щодо прав вагітних колгоспниць, хорих робітників, дбаючи водночас за усунення симуляції та аґравації.

6) Роботу провадити на засадах соціялістичного змагання.

3. Про преміювання колективу Яришівської лікарні та її керівника тов. Єнчевої

(Розпорядження Наркомздоров'я т. Канторовича)

Обслідування роботи сільської лікарні в с. Яришеві Могилівського району виявило цілком задовільний стан цієї установи — порядок і чистота в усіх відділках лікарні, правильна розстановка робітників невеликого штата, висока трудова дисципліна, обережне господарче ставлення до лікарняного інвентаря, повна ліквідація плинности медперсоналу в наслідок утворення належних побутових та економічних умов роботи, систематична перепідготовка та підвищення кваліфікації медперсонала, повна ув'язка роботи з суміжними колгоспами та взаємне

обслуговування, прикріплення всіх медробітників до залюднених пунктів меддільниці для систематичного обслуговування, широке обслуговування селян меддопомогою вдома, організація доброго власного господарства при лікарні, уважний нагляд за яслами та дитмайданчиком і забезпечення їх інвентарем та харчуванням через колгоспи, правильно розгорнута профілактична й санітарна робота, міцний зв'язок з суміжними меддільницями та медсанустановами м. Могилева.

Відзначаючи велику енергійну та чітку роботу зав. Яришівської меддільниці та амбулаторії лікаря Теодорини Миколаївни Єнчевої, що вже 26 років посідає цю посаду, та всього колективу дільниці — висловлюю т. Єнчевій і колективу дільниці щиру подяку й преміюю т. Єнчеву грошовою нагородою в сумі 500 крб.*)

4. Подяка й премія лікареві пароплава „Советская нефть"

(*Розпорядження Наркомздоров'я т. Канторовіча*)

Відмічаючи видатну роботу тов. Вьюнова, судового лікаря пароплаву „Советская Нефть", підчас надання ним медичної допомоги пасажирам і екіпажу французького пароплаву „Жорж Філіпар", що погорів, висловлюю т. Вьюнову подяку від імени комісаріяту й пропоную надати йому додаткову 2 тижневу відпуску й преміювати місячною зарплатою.

Наказую Нач. Водно-Санітарного Управління тов. Філатову перевести в життя цей наказ.

VI Об'яви та повідомлення

1. Харківський Санітарно-Гігієнічний Інститут оголошує конкурс на такі вільні посади.

1.	Катедра	загальної гігієни . . .	3 штатн. асистенти
			1 штатн. доцент з ком. гігієни
			1 доцент з геології та геодезії (на погоджен. оплату)
			1 штатн. доцент з крамознавства (на погоджен. оплату)
2.	„	фізіології	1 доцент
3.	„	епідеміології	1 проф. (зав. катедр).
			1 штатн. асистент
4.	„	діялект. матер.	1 штатн. доцент (зав. кат.).
5.	„	внутр. хвороб.	2 поверхшт. асистента
			2 поверхшт. ляборанта
			2 поверхштат. ординатора
			1 шт. доцент (з кулінарії)
6.	„	хірургії	1 штн. доцент (зав кат.)
			1 штатн. асистент
			1 поверхшт. асистент
			1 поверхштатн. ординатор
7.	„	дитяч. хвороб	1 штатн. асистент
8.	„	очні хвороби	1 шт. доцент (зав. кат.)
			1 поверх. асистент
9.	„	вуха, горла, носа . . .	1 штатн. асистент
10.	„	нервових.хвороб	1 поверхштатн. асистент
11.	„	шкір. венер. хвороб: .	1 поверхштатн. асистент
12.	„	інфекц. хвороб	3 штатн. асистенти
13.	„	соц. гігієни	1 штатн. асистент
14.	„	саніт. техніки	1 доцент (або проф.) зав. кат.
			1 асистент (або доцент) з курсу опалення та вентиляції
15.	„	буд. справ	1 проф. (або доцент) зав. кат.
			1 асистент
16.	„	пато-фізіолог.	1 проф. (або доцент) зав. кат.

Заяви подавати на ім'я Директора Хар. Сан. Гіг. Інститут. (Харків, вул. Тринклера, № 12).
До заяви слід додати такі документи;
1. Curriculum vitae
2. Свідоцтво про закінчення ВТИШ'у
3. Наукові праці

*) *Докладніше про роботу Яришівської лікарні див. у дальшому № бюлетеня. — Ред.*

4. Рекомендації від парт. та профспілк. організ.
Знання української мови обов'язкове.
Останній термін подачи заяв 26 вересня 1932 року.

2. **Харківський медичний інститут ім. М. О. Скрипника** оголошує конкурс на такі вільні посади:
1. Одного професора катедри судової медицини (конкурс продовжено).
2. Одного професора " " гістології.

Термін конкурсу до 25 вересня 1932 р.

Заяви про бажання взяти участь у конкурсі подавати до Мед. Інституту вул. К. Лібкнехта ч. 41.

До заяви треба додати короткий життєопис, наукові роботи, відповідні документи про службу та громадську роботу.

Анкети можна дістати в канц. Мед. Ін-ту.

3. **Харківський медичний інститут і інститут біології, морфології та експериментальної медицини ім Мечнікова** оголошують конкурс на заміщення посади зав. катедрою гістології харківського медичного інститута та зав. секції експериментальної гістології інститута ім. Мечнікова.

Умови — за згодою. Термін конкурсу — 30 вересня 1932 р.

Заяви, наукові роботи, життєопис подавати на адресу: м. Харків вул. К. Лібкнехта № 41 Харківський Медичний Інститут.

4. Про ставки зарплати лікарів, що працюють у галузі санкультури й пропаґанди

Наркомздоров'я роз'яснює, що лікарі, які працюють в галузі санкультури та пропаганди мають одержувати зарплату за окладами для санітарних лікарів. (Див. пунк 3 розділу 2 схеми окладів згідно з постановою НКП УСРР з 19 лютого 1932 р., що надрук. в бюл. НКОЗ 1932 р. № 3-4)

Керівник сектора кадрів **Меньовіч.**

(*Роз'ясн. від НКОЗ з 26 липня 1932 р.* № 5246).

VII. Охорона здоров'я за кордоном

Редаґує лік. М. Б. Сегал

I. Охорона здоров'я за кордоном та економічна криза

1) Інтернаціональний конґрес ревматизму, що мав вібратися в Римі, відкладено на невизначений термін з огляду на загально економічне становище в Західній Европі.

2) Товариство німецьких патологів з огляду на економічну кризу в країні вирішило відкласти річний з'їзд 1932 року до 1933.

Так само й Х-й з'їзд урологів Німеччини, що мав відбутися в квітні, відкладено до 1933 р.

3) Загальні економічні заходи, що викликали економічна криза в Америці, охоплюють також і охорону здоров'я. Journal Americ. Meb. Ass. перестерігає проти скорочення витрат в цій галузі, доводячи поперше те, що підчас економічної кризи неможна сподіватися кращого стану здоров'я населення, подруге, що не слід додавати до тяжкого сучасного стану ще загрозу поширення епідемій.

II. Дещо з демографії та „Евгеніки"

1) За матеріялами місячного звіту Гігієнічної Секції Ліґі Націй (з 15 листопада) зростання населення різних країн спочатку XX-го століття дає такі цифри:

	1902 — 1905 р.	1930 р.
Німеччина	14,4 на 1000 населення	6,5
Англія	12,2	4,9
Австрія	8,4	3,3
Еспанія	9,0	11,7
Франція	1,6	2,4
Ірляндія	5,2	5,7
Італія	10,6	12,3

Отже за цим звітом у небагатьох країнах, як Еспанія, Франція та інш. збільшення приросту населення надзвичайно міверне. Зменшення ж приросту в Англії, Австрії та Німеччині дуже й дуже значне.

Хоча по цих країнах знижується також і цифра смертности, але цифра народимости знижується швидше. На першому місці в цьому стоїть Німеччина: тут смертність знизилася на 7,8 на 1000 населення, а народимість зменшилася на 16.

Цей звіт подає прогнозу відносно смертности, що вона ніби залишиться на попередньому рівні, або ще збільшиться, за винятком деяких країн, де нинішня висока смертність подає надію на можливість деякого зниження. Щодо зниження народимости, то ймовірно, що вона триватиме далі, за винятком таких країн, як Еспанія, Португалія, СРСР та Японія.

2) Зменшення „білої раси"

Статистик А. М. Кар (Америка) зазначає, що безперервне зниження пересічної народимости, яка доходить тепер рекордної цифри 14,6 на тисячу включає в собі сподівання, що протягом кількох років, приріст людности зникне. Сучасна пересічна народимість цілком недостатня щоб замістити тих, що вмирають. Процес зменшення людности буде повільний, але він буде значний приблизно 2000 року. Такий процес зменшення народжувальности вже тепер можна спостерігати у більшості країн Північної та Західньої Европи, Америки та в Англійських домініонах.

(Journal of the Americ. Med. Ass. 1932 р. стор. 1391)

III. Охорона здоров'я дітей

1) Фінал Любецької трагедії (Німеччина)

Оголошено вирок карного суду в Любеці проти осіб, що вважаються за винні в трагедії загибелі 72 немовлят та захоруванні на тбк ще 151 дитини в наслідок необережного застосування щеплення BCG.

Проф. Дейке, директора внутрішнього відділу лікарні із бактеріологічною ляборато́рією, присуджено до 2-х років ув'язнення за вбивство та фізичне пошкодження через недбайливість. Головного лікаря м. Любек Д-ра Altstaedt присуджено до 1 р. й 3 міс. ув'язнення на підставі того ж обвинувачення. Проф. Klotz, директора дитячої клініки та ляборантку Schutse виправдано.

2) Мільйони дітей інвалідів

Більш, як 5 мільйонів дітей в ПАСШ потрібують спеціяльної уваги й виховання.

Комісія, що обслідувала спеціяльні кляси для школярів склала ось які висновки: 3 мільйони мають пошкоджений слух, 1 мільйон дітей мають дефекти мови, 1 мільйон дітей слабих або с пошкодженим серцем, 450.000 розумово-відсталих, 300.000 дітей інвалідів, 14.000 сліпих і 50.000 частково-сліпих.

Із 14.000 сліпих виховують тільки 6.000. Менш, ніж 20.000 із числа тих, що мають пошкоджений слух і лише 60.000 тих, що мають дефекти мови, дістають спеціяльного тренування. Із розумово відсталих перебуває в спеціяльних клясах менше, як 60.000.

IV. Правні норми медперсоналу

1. На початку цього року в Парижі відбулася конференція французьких медичних синдикатів різних департаментів, де обговорювали суто професійні справи. Головну увагу звертали на медичне страхування.

Вирішено заперечувати всілякими засобами проти нового законопроєкта, що пропонує скасувати існуючий порядок одержання зарплати лікарів страхкас безпосередньо від пацієнтів, причому останні звертаються до лікарів за своїм добором. Крім того, законопроєкт передбачає також знизити зарплату лікарів.

Довгу дискусію викликало питання про організацію діягностичних центрів. Деякі делеґати заперечили відкриттю центрів з тих міркувань, що такі центри також позбавлять лікарів (фахівців радіологічних та біологічних досліджень) частини їх прибутку.

2) Відмова зостосувати в Англії 8-год. робочий день для санітперсоналу

Питання про восьмигодинний робочий день стояло на порядку денному Центральної лондонської комісії охорони здоров'я, що контролює усі муніципальні шпиталі метрополії. Цей комітет відмовив запровадити 8-год. робітний день для санітарок-стажорів. Крім того, комітет вимагає, щоб санітарки жили при шпиталях. Це з тих причин, що мовляв, буде незручно дозволити молодим особам жити в мебльованих кімнатах або приватній кватирі без нагляду.

V. Окремі новини

1) Нова асоціяція глухих

У Франції засновано нову велику асоціяцію, що об'єднує глухих і тих, що погано чують. Щорічний внесок членів асоціяції становить 10 франків. Асоціяція публікує спеціяльний журнал для своїх членів та влаштувала в Ніцці дослідний центр з ляборато́ріями для вивчення засобів боротьби з глухотою.

(Americ. med. ass № 16)

2) Сифіліс у Румунії

Кількість сифілітиків у Румунії сягає величезної цифри—167.552 чоловіка на загальну кількість населення 18.000.000. Особливо великий відсоток хорих припадає на Молдавію (Румунську).

3) Теж „досягнення техніки“ на Заході

Не зважаючи на новий закон про обережну їзду, кількість убитих і покалічених від авто не зменшується.

В Англії 1931 р. убито 6.691 осіб, 209.119 поранено від необережної їзди на вулицях. Цього року щодня убивають 18 чоловік і 553 чол. ранять.

4) Медична допомога для тубільців Південної Африки

Д-р А. Оренштейн, голова медичної асоціяції Південної Африки, виголосив промову на черговому річному з'їзді цієї асоціяції. Він зазначив, що економічне становище більшої частини тубільців таке, що вони не можуть платити за медичні послуги. Була розмова, сказав промовець, про страхування для тубільців, але за сучасного стану навіть неможна розраховувати навіть на невеличку суму. Роботи в сільських місцевостях провадять округові лікарі, вони ж повинні були обслуговувати тубільців-бідняків. Але цих лікарів замало.

Взагалі становище за його словами жахливе. Так, починаючи з 1926 р., є тільки 1803 ліжок у всіх шпиталях, що ними можуть користуватися тубільці.

5) „Культурні“ японці в Шанхаї

Chinese Medical Journal що виходить у Пекіні, вмістив статтю з приводу китайського конфлікту в Шанхаї.

Підчас цього конфлікту загинули усі знов збудовані лікувальні установи та ляборторії. Дві відомі медичні школи „ЮНГ-ЧІ“ і „Національні медичні коледжі“ зазнали значних пошкоджень.

Перевантаження здорових і хорих в уже переповненім інтернаціональнім сетльменті, створює надзвичайно тяжкі умови для запобіжного медичного контролю. Таке становище може викликати у перший-ліпший момент вибух заразливих та інфекційних хороб.

VI. Асоціяції, конґреси, з'їзди

1) III-й Інтернаціональний евгенічний конґрес

Конґрес відбудеться 21 — 23 серпня 1932 р. в Нью-Йорк Сити, в природничому музеї, 77 Street andcentrel Park West під керівництвом M. Davenport'a. На порядку денному є низка доповідей в питаннях генетики, еміграції, про чинники, які можуть вплинути на селекцію та про методи поліпшення якости людности. На цьому конгресі будуть репрезентовані антропологи. фізіологи, психологи, лікарі, педагоги, а також комерсанти, що „цікавляться поліпшенням людської раси“.

2) X-й Інтернаціональний психологічний конґрес

Конґрес відбудеться в Копенгагені 27 серпня 1932 р. Офіційні мови на конґресі: німецька, французька та італійська.

У конгресі можуть брати участь дійсні члени психологи та вчені, що працюють у галузі психології.

Конгрес поділиться на секції, відповідно до характеру та кількости доповідей.

Генеральний секретаріят: Studies Trade 6 Copenhague K (Press Médicale № 37, стор. 748).

3) XIX щорічний черговий гігієнічний конгрес

Конгрес відбудеться в Парижі 24 — 27 жовтня п. р. під керівництвом Rey голови т-ва. За дов дками звертатися до M. Dufaure Institut Pasteur 28, rue Dutot Paris.

4) XIV інтерн. Конгрес фізіології відбудется у Римі 29 серпня — 3 вересня 1932 р.

(Deutsche Medic. Wochenschrift № 8, 1932 р.)

Редколеґія: **Канторовіч С. І.** (відповід. редактор), **Єфімов О. О.** (заступник редактора), **Залкінд А. Л.** (відповід. секретар).

ДВОУ УПП. 7 Друкарня ім. Фрунзе. Харків, Донець-Захарж., 6. Головліт 769. Зам. 1260. Прим. 6.500 $4^1/_2$ друк. арк. В 1 друк. арк. 107.100 зн. Формат пап. 72×110. Здано до складання 7-VIII-32 р. Підписано до друку 17-IX-32 р.

ПРОЛЕТАРІ ВСІХ КРАЇН, ЄДНАЙТЕСЯ!

БЮЛЕТЕНЬ

НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

РІК ВИДАННЯ 8-й

Редакція: Наркомздоров'я УСРР, Харків Буд Держпромисловости 6-й під'їзд, 4 поверх

№ 16-17	СЕРПЕНЬ-ВЕРЕСЕНЬ 1932 року	№ 16-17

ОГЛАВ

1. Листи Наркомздоров'я до медсанробітників України

а) Теперішня й найближча робота райздоровінспекторів.

б) Передплачуйте й розповсюджуйте позику санітарної культури. (додано директивний лист та інструкцію).

II. Офіційна частина. Організаційна частина. Кадри. **147** Про заборону використовувати для сторонніх потреб приміщення, які звільняють медсанустанови. **148** Розмір асигнувань на меддопомогу робітникам промкооперації. **149.** Положення про рацпости при осередках спілки МСТруд. **150.** Про притягнення до відповідальности медиків, зобов'язаних служити за призначенням органів здоровоохорони. Лікувально-профілактична частина. **151.** Бюра лікарської експертизи переходять до соцстраху. **152.** Територіяльні лікарні повинні приймати хворих, що захворіли в дорозі. **153.** Про медобслуговування туристських баз. Охмадит та ОЗДП. **154.** Про організацію декадника огляду дитустанов. **155.** Про кількісне та якісне розвинення пологодопоміжних установ. (додано реєстр обладнання для акушерки) **156.** Інструкція про роботу лікаря ОХМД в міських яслах. **157.** Про розгортання ясел по житлокоопах **158.** Як організувати зливні пункти жіночого молока. **159.** Про своєчасну сплату грошей на утримання ясел. **160.** Про обслуговування колгоспних базарів у галузі охмтдиту Оздоровлення побуту. Заходи попередження розвитку пошесних захорувань. **161.** Профілактичні заходи боротьби із захоруваннями на кір. **162.** Цілком закінчити віспощепну кампанію. Санкультура й сантехпропаганда. **163.** Про розгортання мережі санітарно-гігієнічних консультацій. **164.** Про санкультроботу навколо масової сановітлітератури. **165.** Про розгортання масової санкультроботи лінією популярних сановітжурналів. **166.** Про підготову активістів охорони здоров' з відпускників Червоної Армії. **167.** Про санкультроботу щодо поліпшення та раціоналізації громхарчування. **168** Про обмін досвідом місць у галузі санкультури.

III. Із діяльности Наркомздоров'я, його управлінь і секторів. 1. Посилюється медично-санітарне обслуговування сільського сектора. 2. Розвиток галузі охорони материнства й дитинства 3. Про розвиток психоневродопомоги на другу п'ятирічку. 4. Про стан і перспективи санкурортової справи на Україні. 5. Про фінансово-господарчий стан установ, безпосередньо підпорядкованих НКОЗ. 6. Жужельні води доменних печей — на лікувальні потреби. 7. Сприяти виконанню пляна Охматдитроботи. 8. Нагороди та премії кращим робітникам. 9. Вшанування пам'яти тов. Покровського.

IV. Із досвіду місць: 1. Перші відомості перебігу роботи по Всеукр. конкурсу на кращу лікпрофустанову. 2. Показова робота Яришівської лікарні.

V. Об'яви та оголошення. 1. Про замовлення на наочні приладдя з анатомії. 2. Препарат „ЯКС". 3. Конкурс. 4. Лікарі для курортів та інш.

Увага!

Наближуються крайні терміни Всеукраїнського конкурсу на кращу лік.-проф. установу. Районні й міські здоровінспектури! Втягуйте кращі установи в конкурс! Подавайте матеріяли конкурсу до обласних трійок!

I. Листи Наркомздоров'я до всіх медробітників України

Теперішня й найближча робота райздоровінспекторів.

Роля РЗІ стала важливішою та відповідальнішою з моменту ліквідації округ та переходу на двоступневу систему управління.

Утративши керівництво за їхньою ліквідацією від окрздоров'я, РЗІ на місцях перетворилися на фактично самостійних організаторів охорони здоров'я, і цей період ще більшою мірою підкреслив вагу РЗІ та здатність або непридатність певної кількости райздоровінспекторів бути керівниками та організаторами охорони здоров'я в районі.

Живе керівництво від НКОЗ, зрозуміло, не могло здійснюватися значним розміром; листовне ж керівництво обіжниками та бюлетенями і навіть вислуховування доповідей окремих РЗІ не давало уяви того, що робиться в районі. Надзвичайна плинність медперсоналу, в тому числі і самих РЗІ, ряд фактів, коли в ролі РЗІ опинилися окремі робітники, що не знали району, медробітників у ньому, що недосить зналися на основних вимогах розвитку здоровоохорони на даному етапі, що частенько вважали для себе виконання обов'язків РЗІ за тягар, та ще ряд інших моментів, — це все призвело до того, що за одностайною заявою облздороввідділів на нараді 3 - 5 червня пот. року, здоровоохорона в районах перешла до облздороввідділів в досить послабленому вигляді.

І от тепер під керівництвом та за підтримом облздороввідділів РЗІ повинні зайтися навколо ґрунтовного виправлення помилок, що їх припустилася здоровоохорона протягом останніх $2^1/_2$ років.

Усі передумови для такого повороту в нас є: цього року блискуче завершується в 4 роки наша перша п'ятилітка. Ми стоїмо на порозі другої п'ятилітки з її величезними завданнями: утворити безклясове суспільство, ще більше розширити індустріялізацію країни та реконструкцію сільського господарства за ліквідації відмін між сільсько-господарчою та індустріяльною працею. За наявности ряду інших велетенських завдань різко піднести задоволення *підвищених* вимог трудящих на культурно-побутове обслуговування, тепер РЗІ мусять особливо знати, що треба робити, щоб не тільки вирівняти фронт охорони здоров'я на селі, не тільки відшкодити деякі прогалини, але різко зрушити здоровоохорону вперед, перебудовуючи на ходу свою роботу на селі.

Треба всім товаришам РЗІ пам'ятати величезної ваги постанову ЦК ВКП(б) з 18 грудня 1929 року, в якій наш провідний орган партії констатував, що вся здоровоохорона та темпи її розвитку відстали від розвитку всієї справи народнього господарства. Треба РЗІ пам'ятати, що органи охорони здоров'я в своїй боротьбі за виконання завдань мають міцну зброю. Треба пам'ятати, що коли деякі зрушення на окремих ділянках здоровоохорони і сталися після цієї постанови, то все ж таки здоровоохоронча справа набагато відстає в своїх темпах від розвитку та вимог народньо-господарчого життя країни. Треба сказати, що представники органів охорони здоров'я нажаль мало й недосить користували з цієї міцної зброї, через що не доходили тих результатів та ефекту, яких можна було дійти.

Маючи натепер керівництво та підтрим в облздороввідділах, РЗІ повинні налагодити, зміцнити та тримати постійний невпинний зв'язок з ОблЗВ в усіх основних питаннях будівництва та розвитку справи здоровоохорони, як от з питань розширення та технічної реконструкції здоровоохорончої мережі, питань бюджетового порядку, будівництва нових лікувальних закладів, капітального відновлення та збереження нинішнього фонду, питань кадрів і штатів, підвищення кваліфікації медико-санітарних робітників, організації допоміжних господарств при лікарнях та поліпшення матеріяльного та культурно-побутового стану медробітників, — ці питання мусять завжди бути перед райздоровінспекторами.

„По новому працювати, по новому керувати", ось те основне гасло т. Сталіна що мусить вкорінитися в роботу всіх РЗІ і кожного окремого медробітника.

Виконати шість історичних настанов т. Сталіна, втілити їх в життя і в практику кожної медико-санітарної установи, — ось що безперечно забезпечить повнотою та з максимальною ефективністю розвиток здоровоохорони напрямком, зазначеним у постанові ЦК ВКП(б) та в багатьох наступних директивах партії та уряду.

Проте, дуже й дуже багато РЗІ можуть чимало реалізувати тепер і без будьякої допомоги від облздоровввідділів, аби РЗі проявили достатню увагу до численних вказівок НКОЗ та виявили достатню ініціятиву і настирливість досягти накреслених завдань. Ось окремі приклади:

1. Загальний санітарний стан лікувальних установ та здійснення в них санмінімуму; Скільки чітких, ясних і конкретних директив дано цим напрямком! А в тім нажаль в ряд, лікустанов стикаємося з безладдям, недодержуванням санітарних правил, павутинням, через що установа набирає вигляду найгіршого. Хіба ж РЗІ систематичними вказівками та безпосереднім наглядом за цією справою, втягуючи громадський актив, висвітлюючи це в місцевій, районній, пресі, стінгазетах тощо, через громадський вплив — не могли б домогтися справжнього поліпшення справи? Звичайно, могли б! Треба тільки це пам'ятати, цим напрямком постійно працювати, виховувати колектив медробітників, треба вглибити назавжди в свідомість кожного медробітника, а насамперед цим проникнутися самому РЗІ.

2. Хіба неможна, правильно розставивши сили району, навіть без додаткових кадрів, забезпечити обслуговування селянства найвіддаленіших пунктів району медико - санітарною допомогою?

Що треба для цього зробити? Треба, щоб уся маса лікарів не скупчувалася в районному центрі, треба рівномірно розподілити лікарів райцентру по вакантних амбуляторіях, консультаціях, медпунктах на цукроварнях, радгоспах, МТС та інш. Звичайно зробити треба це на умовах добровільности та сумлінної роботи. За таких умов можна безперечно домогтися значного розширення нашої основної мережі частково коштом колгоспів (адже ж про це говорив і писав багато разів нарком т. Канторовіч, маючи для цього всі підстави).

3. Якщо неможна медперсонал, що засидівся в райцентрі, відрядити для постійної роботи на сільську периферію, то на тимчасову роботу, скажемо на 2 - 3 місяці, напрямити звичайно можна, напевне можна кожного медробітника прикріпити до певних колгоспів і сел, що є на більш менш значному віддаленні від існуючих лікустанов з їхнім медперсоналом, щоб медперсонал — лікарі, лікпоми, акушерки хоча б один раз на тиждень виїжджали в прикріплені пункти в суто фіксовані для цього дні та години і там провадили лікарські прийоми, профілактичну, санітарну та санітарно - освітню роботу. Наркомздоров'я має багато позитивних прикладів ефективности такої роботи:

Ось недавно НКОЗ преміював лікаря Яришівської меддільниці т. Оннову, що 26 років працює в одному селі, та що домоглася протягом своєї роботи в районі утворити лікарню на 15 — 18 ліжок, амбуляторію із зубним кабінетом, збудувати новий будинок для лікарні на 40 — 50 ліжок та забезпечити район своєї амбуляторії меддопомогою саме тим, що ввесь персонал, і насамперед себе саму, прикріпила до найдальшого пункту в районі діяння амбуляторії. Так само прикріпила вона і зубного лікаря, і лікпома, і акушерку, встановивши порядок, що кожне залюднене місце району діяльности амбуляторі заздалегідь знає час приїзду лікаря або лікпома для надання меддопомоги. І цей порівняно невеликий колектив спромігся набути собі великого авторитету серед колгоспного селянства та робітників дільниці, а через це значно піднесено авторитет всієї охорони здоров'я. Хіба ж РЗІ не могли б застосувати цей спосіб без облздоровввідділу, без НКОЗ, спираючися лише на громадський актив? Звичайно, так. Адже в таких пунктах ще поліпшується матеріяльно - побутовий стан медперсоналу, бо за таких умов одночасно утворюється міцний, діловий та щирий зв'язок із колгоспами, що підтримують такий, медперсонал.

4. Хіба РЗІ не могли б встановити на ґрунті взаємних зобов'язань найщільніший контакт із колгоспами, однаково благодійний для тих і для тих? Ось іще один із дуже багатьох прикладів, як можна забезпечити районні лікустанови і водночас соц. сектор, села потрібною медичною допоміжною силою.

Райздоровінспектор Олександрійського району т. Навроцький склав із декількома колгоспами такого порядку умови: колгоспи виділили 24 колгоспниць, що мають 4 - 7 річну освітню підготову, відрядили їх на річний період до райлікарні, щоб остання готувала їх на сестер, забезпечивши повнотою утримання їх на ввесь період навчання. Умова містить в собі ще такий пункт, що, скінчивши навчання, ці колгоспниці частково повертаються обслуговувати свої села, а частково за обопільною угодою залишаються при лікустановах обслуговувати ці установи, і щоб далі підвищувати свою кваліфікацію.

5. У лютому - березні м - ці поточного року Наркомздоров'я та Укрколгоспцентр розіслали всім районам листи (див. бюлет. № 7 - 8 поточн. року), на основі яких райколгоспспілки мають

змогу значно поліпшити справу надання спеціяльних видів меддопомоги, орендуючи ліжка у фізіотерапевтичних інститутах та закладах, спеціяльних лікарнях, клініках тощо коштом колгоспників.

Як поставилася до виконання цієї важливої директиви значна кількість РЗІ? Вони навіть і відомостей не подали НКОЗ, як реагували райколгоспспілки на звертання до них РЗІ. А в тім є окремі приклади цілком сприятливого вирішення цього питання.

Наприклад, Проскурівський РЗІ т. Курін домігся асигнувань на значну кількість курортних місць, на оренду ліжок в спеціяльних медустановах тощо; ще ряд товаришів мають такі самі досягнення; а від ряду інших товаришів НКОЗ дістав сухої коротенької відповіді, що, мовляв, райколгоспспілки відмовилися від цієї пропозиції. Багато РЗІ на цьому заспокоїлися. Хіба так треба було домагатися реалізації цієї постанови? Треба було виступати не раз і не два на зборах колгоспників, роз'яснити їм велику вагу листа НКОЗ та Укрколгоспцентру і безперечно кошти серед колгоспників по кожному колгоспу знайшлися б...

Питанню мобілізації коштів від колгоспів на справу охорони здоров'я треба приділити величезну увагу, дбаючи за найліпше та найбільше задоволення вимог і потреб колгоспного селянства в кваліфікованій меддопомозі та спеціяльних її видах. Адже ж нереально сподіватися, що можна всього дійти коштами одних тільки бюджетів.

Прикладів дуже задовільної постановки меддопомоги та розширення її частково коштами самих колгоспів Наркомздоров'я має чимало. Ось, наприклад, таким способом відкрили лікарні у Велико-Багачанському, Ново-Троїцькому, Баштанському районах, амбуляторії у Брацлавському, Плисківському, Липовецькому, Ружинському районах; у багатьох інших селах відкрили медпункти, зубні кабінети тощо. Ці приклади доводять, що цим напрямком можна домогтися дуже реальних результатів, аби зацікавилися б цією справою самі медробітники та захопили б цією зацікавленістю і колгоспників та їхні об'єднання.

За найзначнішу прогалину в роботі РЗІ править майже цілковита відсутність або подекуди надзвичайно квола робота громадськости в справі здоровоохорони. Цим напрямком в більшості місць зробили надто мало. Треба твердо пам'ятати, що гасло „здоров'я трудящих є справа самих трудящих" лишається й на теперішній момент дуже актуальним, що без активної та широкої участи громадськости в справі здоровоохорони, та роботі її установ і закладів дуже важко будувати та розвивати здоровоохорону. Ось чому надолужити цей прорив є один із основних моментів роботи РЗІ.

Дуже великий дефект у роботі РЗІ — це недодержування щільного зв'язку з облздороввідділами, а також і з НКОЗ (це в тих питаннях, в яких НКОЗ безпосередньо звертається до районів). Таке ставлення від РЗІ дезорганізує роботу ОблЗВ і самого НКОЗ, а передусім зле відбивається на розвиткові здоровоохорони в самому районі.

Ось декілька основних моментів, на які треба РЗІ звернути пильну та серйозну увагу в їхній роботі. Виправлення та усунення визначених тут хиб дасть найближчим уже часом найкращі наслідки.

ПЕРЕДПЛАЧУЙТЕ Й РОЗПОВСЮДЖУЙТЕ ПОЗИКУ САНІТАРНОЇ КУЛЬТУРИ!

У боротьбі за промфінплян 1932 року — вивершального року п'ятилітки, за підвищення продуктивности праці, за другу п'ятилітку побудови соціялістичного суспільства в СРСР, у за оздоровлення праці та побуту робітничих та трудящих мас села — величезну вагу має ліквідація санвеписьменности, підвищення санітарної культури пролетаріяту та організація широких кіл трудящих навколо питань охорони здоров'я.

Дійти цього можна тільки через вище піднесення активности мас навколо питань охорони здоров'я та санітарної культури.

Народній комісаріят охорони здоров'я УСРР спільно з Всеукраїнським товариством оздоровлення праці та побуту (ТОПП), УЧХ, та ВУК'ом спілки МСТруд випускає для розповсюдження серед трудящих міста й села позику „за санітарну культуру, за оздоровлення праці та побуту".

Кожний трудящий, який добуде облігацію санітарно-культурної позики, повинен сплатити їх не грішми, а своєю активною роботою в галузі здоровоохорони, залежно від професії та фаху. Кожний трудящий віддає на санітарно-побутову роботу стільки годин, на скільки він придбає облігацій санкультпозики.

Санітарно-побутова робота повинна проходити переважно в боротьбі за санітарний мінімум, за оздоровлення й чистоту житла, їдальні, гуртожитків, цехів, шкіл, тощо. Вносити раціоналізаційні пропозиції, винахідництво в справі санітарної техніки та побутове обслуговування трудящих — є також той золотий фонд, яким трудящі сплачують санкультпозику.

Робітники, трудящі селяни, інженерно-технічні робітники, медпрацівники, наукові робітники, агрономи, вчителі, члени ТОПП, Червоного Хреста, добровільних товариств, профспілковий актив! Ваш обов'язок бути в перших лавах борців за санітарну культуру, за оздоровлення праці й побуту, за організацію громадської самодіяльности навколо питань охорони здоров'я серед трудящих УСРР.

Негайно діставайте облігації позики санітарної культури!

Намагайтеся своєчасно спитати їх своєю працею, виконавши та перевиконавши свій громадський обов'язок.

Профспілкові, культосвітні організації, добровільні т-ва зараз же широко розгортайте роботу по передплаті позики, яка почнеться з 1 вересня 1932 року та триватиме до кінця року.

Кращих ударників, борців за санітарну культуру, які виконають та перевиконають покладені на себе зобов'язання преміюватимуть грішми, путьовками на курорти, науковими відрядженнями та іншими нагородами.

Хай живе санкультпозика - міцний чинник у боротьбі за оздоровлення та поліпшення санітарно-побутового обслуговування будівників соціялізму!

Заст. Наркомздоров'я **Хармандар'ян**

За голову Центральн. Комітету Всеукраїнського т-ва Оздоровлення праці та побуту **Ліфшиц**

Заст. голови Центральної комісії санкультпозики **Гінзбург**

Відповідальний секретар комісії **Ранов**

ВУРПС — соц. побутовий сектор **Черпаков**

Затверджую:
Заст. Наркомздоров'я — Хармандар'ян
19 серпня 1932 р.

ІНСТРУКЦІЯ

в справі реалізації позики санітарної культури.

1. Позика випускається на проведення масових оздоровчих заходів, для мобілізації самодіяльности трудящих на боротьбу за поліпшення санітарно-побутових умов життя, на ліквідацію саннеписьменности, на виконання санмінімуму, на зниження захоруваности та дитячої смертности, на організацію ясел, дитмайданчиків та інших оздоровчих заходів, на зміцнення осередків т-ва оздоровлення праці й побуту, УЧХ та проведення протиепідемічних заходів.

2. Проведення позики починається з 1-го вересня 1932 р. і закінчується 1-го січня 1933 р.

3. Тираж позики встановлюється 25.000.000 годин для УСРР.

4. Облігації позики випускаються вартістю в 10, 25, 50 і 100 годин загальною кількістю 830.000 облігацій з них:

облігацій в	10 годин	300.000	загальн. числом на		3.000.000 год.
„ „	25 „	280.000	„	„ „	7.000.000 „
„ „	50 „	200.000	„	„ „	10.000.000 „
„ „	100 „	50.000	„	„ „	5.000.000 „

5. Т-во оздоровлення праці й побуту забезпечує реалізацію серед своїх членів 160.000 облігацій на 5.000.000 годин; ЦК УЧХ—220.000 облігацій на 7.000.000 год; Вук МСТруд реалізує 70.000 облігацій на 6.000.000 серед робітників охорони здоров'я. Реалізацію решти 380.000 облігацій на 7.000.000 годин забезпечують ВУК'и профспілок згідно з директивою ВУРПС'у.

6. Кінцевий термін згашення позики є 1 січня 1933 року.

7. Для реалізації позики організується всеукраїнський, обласні та районні (міські, штаби по реалізації санкультпозики. На місцях, на підприємствах, по колгоспах, по школах, по установах утворюються комісії в справі реалізації санкультпозики.

8. Голова штабу є голова Центр. надзвичайної санітарної комісії, члени штабу — представники зацікавлених відомств та організацій (УЧХ. ТОПП, НКО, НКЗС, НКЛП, ВУК МСП, редакція газети „Укрмедробітник“, ВУРПС, УКУ. УпНКТП, газети „Вісті“ та „Комуніст“, ЦК ЛКСМУ та представники відповідних секторів НКОЗ).

9. До складу обласного, районного, міського штабу вливаються штаби комітетів МСП та входять представники ЛКСМУ, Райпрофради, інспектур охорони здоров'я, ТОПП'а і УЧХ, санкульторганізації і райнадзвичкомів під головуванням голів надзвичкомісій.

10. До складу місцевої комісії (на підприємстві, в установі) входять представники ФЗК, МК або правління колгоспів, лікар, який обслуговує об'єкт, представники місцевих осередків ТОПП'а, УЧХ та МК медсанцеха (якщо він є на підприємстві).

11. До завдань Всеукраїнського штабу належить:

а) здійснювати загальне керівництво переведенням позики;

б) організувати випуск облігацій;

в) визначити показники згашення позики;

г) випускати аґітматеріяли до позики; пам'ятки вдарника позики, аґітплякати і статті до друку і т. інш.

д) встановлювати преміяльний фонд погашення;

є) встановлювати розверстку облігацій;

ж) встановлювати центри тиражів позики й провадити тиражі.

12. До завдань обласних штабів належить:

а) вточнювати показники погашення позики стосовно до місцевих умов;

б) розверстати облігації по області окремим організаціям, що розповсюджують позику, встановити обласні ліміти для обл. к-та т-ва оздоровлення праці й побуту, ОблУЧХ, облкомітету спілки МСТруд;

в) керувати роботою щодо реалізації позики районними штабами по всій області.

13. До завдань районних (міських) штабів належить:

а) розверстати облігації по місцевих комісіях і встановлювати районні ліміти щодо розповсюдження позики для рай. к-тів т-ва оздоровлення праці й побуту, райУЧХ і райкома МСТруд;

б) безпосередньо керувати місцевими комісіями сприяння реалізації позики.

14. Місцева комісія безпосередньо реалізує позику на підприємстві, колгоспі, радгоспі, лікпрофустанові і т. і.

15. Всі облігації позики видаються іменними, тобто, на кожній облігації вписується прізвище держця позики; видаючи облігації, комісія вписує до неї ті зобов'язання, що їх бере на себе держець облігації. В облігації треба зазначити точно, яку саме роботу повинен перевести держець, в яких об'єктах та протягом якої кількости годин.

Облігацію, по якій все виконано, держець позики подає до комісії; остання перевіряє кількісні та якісні показники виконаної роботи через бригаду та дає свої висновки, або робить висновок на підставі висновку адміністрації, профорганізації, або медперсоналу того об'єкту, де держець позики провадить роботу.

16. Власник облігації, згідно із взятими на себе зобов'язаннями, або прикріплюється до певного об'єкту на ввесь час, зазначений в облігації (комунальна установа, їдальня, житло, лікпрофустанова і т. інш.) або працює над певним завданням відповідно до загального пляну оздоровних заходів, опрацьованих від місцевого органу охорони здоров'я.

17. Відмітку про проведену держцем роботу робить лікар та завідатель об'єкту, до якого держця прикріплено, або коли держець має індивідуальне завдання, — місцева комісія в справі реалізації позики.

18. Держцеві згашається кількість витрачених годин, фактично витрачених на виробничу роботу, включаючи час, потрібний на пересування до місця перебування об'єкта або на вишукання, збирання матеріялів, потрібних для роботи, а саме: відвідування об'єкта, що є на відстані 1 клм. та більше згашуються за кожний кілометр 20 хвилин; за проведення організації гуртка першої допомоги з охопленням до 20 чол. згашуються 2 години, понад 20 чол.—4 год.; читання лекцій в семінарі 2 год.; масова лекція 2 година (якщо лекція не відбулася — купон не згашується); організація осередку т-ва оздоровлення праці й побуту—2 години.

Решта роботи держця облігації, що не входить в ці конкретні вказівки, погашується розміром часу, що визначив штаб.

Зразкові розрахунки, норми часу, що згашуються по облігації, розроблює районна комісія в справі реалізації позики.

19. Держець облігації згашує облігацію особистою роботою в здійсненні таких заходів.

а) контроль над виконанням об'єктом санмінімуму, боротьби за санмінімум;

б) ініціятива та активна участь у запровадженні оздоровних заходів;

в) організація мас на боротьбу за поліпшення роботи по охороні здоров'я і санітарної культури, організацією або пожвавленням роботи осередків ТОПП'а і мобілізацією громадської самодіяльности на проведення масових заходів оздоровлення (штурмів чистоти, суботників і т. інш.);

г) робота в справі раціоналізації, стандартизації і винахідництва у галузі медико-санітарної справи;

д) оргробота по розповсюдженню позики.

20. Після закінчення реалізації позики, а саме з 1-го січня по 1 лютого 1833 р. провадиться тираж позики.

Тираж провадять тиражні комісії в тих районах і містах де найбільше скупчуються виконавці облігації за постановою облштабу. В обласних, міських і великих промислових районах провадити тираж (преміювання) є обов'язковим

21. Розигриш провадять після скінчення терміну санкультпозики тиражні комісії, які організуються з обл. або міськ. районового штабу по проведенню позики і додаткових членів комісії. Преміюються тільки ті держці, облігації яких цілком згашено та які дали найбільший ефект

а) До тиражної комісії міськ. районового штабу додатково входять:

1) представник обласного або районового штабу,

2) два представники держців позики, які вибираються на районних або міських зльотах ударників санкультпозики.

б) До тиражної комісії обласного штабу входять додатково:

1) уповноважений Всеукраїнського штабу,

2) два представники держців позики, які вибираються на зльоті вдарників санкультпозики в обласному центрі.

22. Щоб заохотити держців, що найкраще виконали обов'язки по позиці, встановлюється преміяльний фонд сумою 60.000 карб. та 25.000 різних нагород.

Премії видаються такими розмірами:

1) 40 премій по 500 крб. — 20 000 крб.
2) 50 „ „ 200 „ — 10.000 „
3) 100 „ „ 100 „ — 10.000 „
4) 200 „ „ 50 „ — 10.000 „
5) 1000 „ натуральними речами широкого санітарно-гігієнічного вжитку на 10.000 карб.
6) 25.000 премій нагород за краще виконання завдань, за вдарну роботу: видача грамот, оголошення подяки, а для колективів видача перехідного червоного прапору (обласного штабу— а особливо видатним колективам перехідного червоного прапору Всеукр. ком.

Примітка: За постановою районних та обласних штабів замість грошової премії можна видавати премію, яка своєю вартістю не перевищує відповідної грошової премії, а саме: мандрівка, курортова путьовка, санбібліотека, тощо.

23. Місцева тиражна комісія преміює на суму до 50 крб. включно і робить відбір облігацій, які можна преміювати вищими сумами.

Відібрані облігації передаються обласному штабу реалізації позики, який преміює сумою від 100 до 500 карб. включно.

Відповідно до значення кожної области та її санстану кількість годин (25.000.000) розподіляється так:

1)	Донецький окр. штаб	6.000.000
2)	Харківський обл. штаб	6.000.000
3)	Дніпропетрівський	5.000.000
4)	Одеський обласний	3.000.000
5)	Київський „	3.000.000
6)	Вінницький „	2.000.000

Примітка: В ці години входять вже надіслані облігації лінією ВУК'у МСТруда

25. У зв'язку з цим встановлюються грошові ліміти для преміювання для всіх областей розміром 60.000 карб. та 25.000 премій—нагород.

1)	Донецькій області	16.800 крб. та	5000 нагород
2)	Харківській „	14.400 „ „	5000 „
3)	Дніпропетрівськ. обл.	12.000 „ „	5000 „
4)	Одеській області	7.200 „ „	4000 „
5)	Київській „	7.200 „ „	4000 „
6)	Вінницькій „	2.400 „ „	2000 „
	Всього	60.000 крб. та	25.000 премій нагород

26. На кожний обл. та райштаб покладається обов'язок мобілізувати місцеві кошти поверх асигнувань з центру для збільшення свого фонду преміювання.

Збільшення кількости преміювання провадиться безпосередньо штабами з наступним повідомленням Всеукраїнського штабу.

Заступник голови Всеукраїнської комісії позики „за санкультуру"—**Гінзбург**

Відповідальний секретар **Ранов**

Погоджено:

ВУК МСП — **Мархасьов**; ЦК УЧХ — **Добровольський**; ЦК ТОПП — **Шевченко.**

ДИРЕКТИВНИЙ ЛИСТ

до інструкції, як провадити оздоровні заходи під час кампанії по санкультпозиції.

1) Завдання проведення санкультпозики є організувати активність широких мас трудящих навколо санітарно-оздоровчих заходів боротьби за санмінімум, за ліквідацію саннеписьменности.

2) Участь трудящих держців культпозики полягає в запровадженні конкретних оздоровчих заходів напрямком поліпшення санітарного стану підприємств, громадського харчування, житлово-комунальної справи, охорони материнства й дитинства, боротьби з поширеними захворюваннями, організації, реконструкції та раціоналізації лікувально-профілактичної мережі.

Примітка: Через те, що реалізація санкультпозики провадитиметься протягом вересня-грудня м-ців, коли, звичайно, до деякої міри збільшуються захворювання, то щоб попередити епідемії, треба багато уваги віддати справі масової систематичної санобробки та рішучого знищення паразитарних тифів.

3) Маючи на меті провадити масові оздоровні заходи у даному районі, — районові штаби санкультпозики накреслюють конкретний плян цих заходів по районах, який повинен бути точно розгалужений по окремих об'єктах (підприємства, їдальні, базари, гуртожитки, бараки, школи, клюби, установи, кватирі, радгоспи, колгоспи, МТС й т. інш.) точно накреслюючи саноздоровчі заходи, які треба провести в кожному із зазначених об'єктів. Наприклад по заводу ім. Дзержинського належить вивезти 500 возів сміття, встановити 25 баків для кип'яченої води, організувати 15 санпунктів. На це все потрібно витратити приміром 200 годин. Крім цього, треба точно визначити які роботи та яку кількість можна виконати протягом одної години на даному підприємстві, цехові, колгоспі, радгоспі й т. інш., або яка кількість годин роботи потрібна, щоб здійснити даний захід.

4) Кожний районовий штаб, що має тверде завдання в здійсненні певної кількости годин санкультпозики по своєму району, розподіляє ці години по окремих об'єктах, залежно від питомої ваги об'єкту, де реалізується санкультпозика, доводячи до кожного місцевого штабу контрольну цифру годин, організуючи соцзмагання в боротьбі за виконання й перевиконання контрольних завдань. Під керівництвом районового штабу, міські штаби розроблюють плян оздоровчих заходів по даному об'єкту, встановлюючи потрібну кількість годин, тих або тих видів роботи і залежно від цього визначає контрольну суму годин санкультпозики.

Отта́к кожний район розроблює плян оздоровчих заходів, які можна реалізувати силами держців санкультпозики, що працюють в даному районі.

Плян цей потрібно широко висвітлити перед держцями позики.

Вся позика в даному районі реалізується тільки на підставі цього єдиного пляну оздоровчих заходів.

5) Для забезпечення плянової роботи по оздоровчих заходах серед держців культпозики на кожному об'єкті міські штаби організують агітаційно-роз'яснювальну санкультроботу. Санкультробота має своїм завданням роз'яснити держцям позики не тільки важливість переведення тих або тих оздоровних заходів, але також роз'яснити, як організувати та перевести в життя ці заходи.

6) Щоб притягти широкі маси до санкультпозики, міські, районові газети та багатотиражні заводські газети висвітлюють завдання позики, а також друкують зведені відомості руху й виконання позики. Крім цього, через пресу райштаби організовують огляди й соцзмагання окремих об'єктів та держців позики на кращу її реалізацію.

Як правило, в пресі, особливо в багатотиражках, потрібно вміщувати конкретні показники (число годин, покладених на об'єкт), а також перелік тих заходів, які треба провести по окремих об'єктах під час санкультпозики.

7) Щоб забезпечити безпосередню участь широких мас трудящих в опрацюванні пляну оздоровних заходів у тому або тому об'єкті, районові та міські штаби організовують і скликають свої наради та засідання на великих фабриках та заводах, цехах, МТС, радгоспах, колгоспах і т. інш. Вони становлять на обговорення держців позики свої пляни, в яких визначається точна кількість годин і заходів реалізації позики, заслуховують та обговорюють зустрічні пляни, також заслуховують звіти окремих учасників і бригад, що працюють у справі реалізації санкультпозики. Кожному учасникові позики треба точно пояснити, яку роботу він повинен виконувати протягом тих годин, на які він узяв зобов'язання.

8) Підчас санкультпозики потрібно організувати участь держців позики на боротьбу та здійснення таких оздоровчих заходів:

а) Напрямком громадського харчування:

1. Виконати санмінімум, розроблений для даної їдальні;
2. Боротися з мухами;
3. Очистити територію та садиби їдалень;
4. Боротися за підвищення якости їжі;
5. Брати участь у підготовці овочесховищ та забезпечити відповідні умови для зберігання овочів.

б) Напрямком житлово-комунальної справи:

1. Провести очистку вулиць, дворів, майданів, базарів, територій заводських дворів від сміття та покидьків.
2. Довести до санітарного ладу бараки, касарні, гуртожитки та здійснити в них санмінімум;
3. Довести до санітарного ладу вбиральні, зокрема щодо заливання їх хлорним вапном, збудувати нові там, де їх немає.
4. Улаштувати та забезпечити скринями на сміття, урнами та плювальницями;
5. Провести побілку та поточний ремонт;
6. Забезпечити переносними водограйчиками установи, школу, заводи, а майдани та вулиці стаціонарними.
7. Організувати регулярне та систематичне прибирання вулиць, дворів, базарів і т. інш.;
8. Очистити та привести до належного ладу джерела водопостачання, організувати хлорування води та встановити захисні зони джерел водопостачання;
9. Організувати лазні найпростішого типу, кількістю 10 — 12 на район, пральні, души та запроваджувати санмінімум по всіх цих об'єктах;
10. Провести зелені насадження;
11. Ретельно боротися з забрудненням джерел водопостачання спадними водами підприємств

в) Охматдит і ОЗДП

1. Запровадити санмінімум у школах, яслах, дитсадках та інших дитячих оздоровчих установах;
2. Організувати нову мережу дитячих оздоровчих установ;
3. Організувати гарячі сніданки в школі;
4. Організувати гуртки та курси охматдиту;

г) Напрямком промсанітарії

1. Запровадити санмінімум на фабриках, заводах, підприємствах, цехах і т. інш.
2. Забезпечити та організувати душові установки на підприємствах;
3. Організувати фізкультмайдани на підприємствах;
4. Організувати ранкову фізкультзарядку на підприємствах;
5. Провести зелені насадження на території фабрик і заводів;

д) Напрямком боротьби з пошесними захворуваннями;

1. Повнотою провести профілактичні щеплення проти віспи, дифтерії, та шкарлятини, проти черевного тифу всім новим кадрам робітників, яких прийнято на роботу;
2. Організувати та забезпечити лазнево-пральними установками хлорпікріновими камерами, вошебійками і т. інш. робітничі селища, підприємства колгоспи, радгоспи і т. інш.;
3. Провести масову дезінфекцію населення, особливо там, де є випадки захорування на висипний тиф. Добитись регулярної та безперебійної роботи лазень та лазнево-пральних установок, а також організувати відвідування лазень не менш одного разу на декаду;
4. Допомагати органам здоровоохорони ізолювати та шпиталізувати інфекційних хворих
5 Провести найретельнішу санобробку селян, (колгоспників та одноосібників), яких вербують на роботу в промислові підприємства.

е) Напрямком санкультроботи та громадської самодіяльности:

1. Організувати гуртки ліквідації саннеписьменности в колгоспах, фабриках, заводах, клюбах, житлокопах і т. інш.
2. Організувати на цих об'єктах виставки та кутки санкультури;
3. Розгорнути сангігієнічні консультації по цехах, житлокоопах, садках, парках, клюбах, колгоспах, радгоспах, МТС. й інш.;
4. Організувати осередки т-ва оздоровлення праці й побуту, УЧХ, на підприємствах, заводах, школах, колгоспах, житлокопах, радгоспах і т. інш.
5. Організувати громадських санітарних уповноважених, сантрійки, санкомісії і т. інш.
6. Популяризувати санкультпозику серед трудящих;
7. Організувати гуртки першої допомоги;
8. Організувати та провести санкультроботу з питань оздоровчих заходів, боротьби з пошесними захворуваннями;
9. Розповсюдити листівки, плякати, гасла, що видає Наркомздоров'я.

Заст. Наркомздоров'я — **Хармандар'ян.**
Керівник сектору масових оздоровних заходів — **Цанк.**
Заст. голови Всеукраїнської комісії санкультпозики — **Гінзбург.**

II. Офіційна частина

ОРГАНІЗАЦІЙНА ЧАСТИНА. КАДРИ.

147. Про заборону використовувати для сторонніх потреб приміщення, які звільняють медсанустанови за переходом у нові приміщення

(розпорядження Наркома охорони здоров'я т. Канторовіча — № АО — 817)

Обмеженість, а в деяких місцях і повний брак відповідного житлового фонду для медсанустанов утворюють реальну небезпеку для справи успішного розширення й розгортання медсанмережі, вимагаючи від органів охорони здоров'я систематичних найрішучіших заходів, щоб зберігти існуючі приміщення й придбати нову житлову площу для організації нових медсанустанов.

Приділяючи цьому надзвичайно важливому питанню максимальну увагу, Наркомздоров'я вимагає такого самого ставлення до цієї справи й від усіх місцевих органів охорони здоров'я, які повинні вперто й до кінця боротися за кожний метр житлової площі за допомогою місцевих органів влади, так само зацікавлених в існуванні широкої міцної мережі на підлеглій їм терені.

Проте, геть не завжди на місцях уважно ставляться до справи забезпечення медсанмережі приміщеннями. Серед багатьох фактів, що стверджують це становище, звертають на себе особливу увагу такі випадки, коли закінчують будування якої-небудь поліклініки, лікарні тощо й ця установа переходить в нове приміщення, то старе помешкання зараз же відбирає місцевий виконком або міськрада й всупереч численним урядовим директивам це приміщення використовують для потреб інших установ та організацій, що не мають будьякого стосунку до органів охорони здоров'я.

Незалежно від незаконности зазначених вчинків така система якщо її застосовуватимуть скрізь, кінець-кінцем приведе до того, що Наркомздоров'я не матиме змоги відкривати будьякі установи, бо в такому разі нове медсанбудівництво не дасть органам охорони здоров'я нової площі.

Отже, щоб запобігти цьому, Наркомздоров'я пропонує всім облздороввідділам, міськздоровінспектурам та райздоровінспектурам Донбасу:

1. Всі старі приміщення, що їх звільняють медсанустанови за переходом у нові приміщення зараз же використовувати виключно для медсанпотреб, не припускаючи, щоб ці приміщення забирали інші установи та організації.

2. У разі такі приміщення забиратимуться силоміць, негайно ж енергійно протестувати перед місцевими органами влади й місцевою прокуратурою, як проти грубого зламання чинних урядових директив; одночасно телеграфно повідомляти про всі такі випадки Наркомздоров'я, щоб останній мав змогу вжити негайних заходів впливу через вищі урядові органи.

3. Про дотеперішні та неврегульовані на користь органів здоровоохорони випадки відбирання колишніх приміщень медсанустанов після переходу їх в нові приміщення, повідомити оргсектор НКЗдоров'я.

Це розпорядження вважати за доповнення до директивного листа ВКОЗ „про забезпечення медсанустанов приміщеннями" (надіслано всім ОблЗВ, МЗІ та РЗІ Донбасу 16 червня ц. р. № 4008 (4 — 237).

148. Про розмір асиґнувань на медичну допомогу робітникам промкооперації на III квартал 1932 року

До всіх міжрайонних промстрахкас. Копії до НКОЗ АМСРР, міськ та райздоровінспектур Донецької области*.

Вукопромсоюзкас і Наркомздоров'я пропонують вам виділити у розпорядження міських та районових інспектур охорони здоров'я на медичне обслуговування робітників промкооперації на III квартал вісімнадцять (18) відсотків визначеного для кожного району та міста річного ліміту асиґнувань.

Користуючись з нагоди, Наркомздоров'я та Вукопромсоюзкас відзначають абсолютну неприпустимість вимагати від промстрахкаси окремої плати за лікування робітників промкооперації (понад визначених річних і квартальних лімітів), оскільки передбачену інструкцією про платну медичну допомогу (бюлетень НКОЗ N 7-8 за 1932 рік) плату за лікування робітників промкооперації й покривається виділеними в розпорядження рай та міськздоровінспектур асиґнуваннями на підставі генерального договору Наркомздоров'я з Вукопромсоюзкас.

Щодо плати в установах охорони материнства й дитинства, плати за аборти та плати за лікування в цілком самооплатних лікувально-профілактичних установах, то окремі робітники промкооперації платять гроші на засадах інструкції про платну медичну допомогу.

Облздороввідділи повинні негайно дати відповідні директиви районним і міським інспектурам охорони здоров'я за змістом цього листа.

Керівник фінансового сектору НКОЗ — **С. Довбищенко**
Зав. мед-проф. та соц.-побут. сектору Вукопромсоюзкас — **Едельштейн**
Секретар бюра Вукопромсоюзкас — **Русина**

(Об. лист НКОЗ і ВПСК з 3 серпня 1932 р. № 522-21)

Затверджено від ВУК'у спілки Медсантруд (Шлесер)

149. ПОЛОЖЕННЯ

про раціоналізаційні пости при осередках спілки медсантруд

1. Рацпост є низовий громадський низосередок, складова частина виробничих нарад медсанустанов, що активно допомагає у всій роботі щодо раціоналізації, стандартизації та сприяння масовому винахідництву, скеровуючи всю цю роботу на допомогу соціялістичній реконструкції охорони здоров'я та на шлях здійснення на практиці кожної медсанустанови шости умов т. Сталіна і реалізації всіх директив партійних, радянських і профспілкових організацій про соціялістичну раціоналізацію.

* Надіслано місцям 5 серпня 1932 р. — Ред.

2. До завдань рацпоста належить:

Завдання рацпоста

1. Притягувати творчу думку, ініціятиву та досвід медпрацівників, робітників, службовців і колгоспного селянства до справи раціональної організації роботи органів охорони здоров'я і до практики раціоналізаційної роботи на місцях.

II. Систематично ознайомлювати за допомогою бюр раціоналізації, стандартизації та винахідництва із станом раціоналізації та винахідництва в даній установі в цілому і в окремих її дільницях, провадити поточну перевірку виконання директив партії, радянських і професійних організацій щодо раціоналізації, стандартизації та винахідництва.

III. Систематично сприяти та брати участь у роботі місцевих рацорганів (брацставинів), опрацьовувати їхні пляни та звіти порядком готування їх на обговорення виробничих нарад.

IV. Брати практичну співучасть у роботі груп сприяння РСІ в справі поліпшення апарату управління установ.

V. Сприяти науково-дослідній та практичній роботі брацставинів в наукових інститутах Наркомздоров'я і ДОРАС'у та їхнім опорним пунктам, збираючи різні матеріяли. Сприяти просуванню, реалізації, швидкому та широкому втіленню наслідків науково-раціоналізаційної діяльности і ДОРАС'у.

VI. Популяризувати ідеї соціялістичної раціоналізації роботи органів охорони здоров'я серед широких кіл трудящих міста та села. Провадити, маючи це на меті, рацогляди та інші масові кампанії в справах раціоналізації, стандартизації та винахідництва.

VII. Організовувати відповідну роботу на розвиток масової ініціятиви та винахідництва через систематичне збирання рацпропозицій, громадський контроль над просуванням і реалізацією рацпропозицій і винахідників.

VIII. Організувати обмін досвідом, широкою популяризацією здійснених основних рацзаходів, виданням листівок обміну, ознайомленням із рацроботою інших медустанов, систематичним висвітленням стану роботи в в газетах, місцевій пресі, „Укрмедробітникові" тощо.

IX. Сприяти готуванню масових кадрів дослідників і практиків-раціоналізаторів, організацією гуртків, ознайомленням з питаннями теорії та практики соціялістичної раціоналізації.

Склад рацпоста

3. До складу рацпоста належать рацпрацівники, винахідники, працівники апарату даної установи — кореспонденти ДОРАС'у, які цікавляться рацроботою й бажають систематично брати участь у ній.

Організація керівництва

4. Рацпост працює під керівництвом і наглядом виробничих секторів МК, у складі виробничої наради, як її бrганізований, постійно дієвий осередок. У разі є виробничі наради в окремих відділках, треба виділяти в них уповноваженого рацпоста, що працює під керівництвом рацпоста на основі його єдиного пляну.

5. а) Організаційне керівництво рацпостом здійснює бюро, що в його складі треба забезпечити участь представників брацставину та виробничої наради або бриґадира поста (коли в складі поста є не більш, як 5 — 7 чоловік), які організовують виконання пляну, провадять облік його виконання.

б) Методкерівництво здійснює спеціяльно прикріплений консультант місцевого брацставину, а якщо в даній установі роботу провадить ДОРАС, або брацставин галузевого інституту, то метод, керівника виділяють вони ж самі.

Плян робіт

6. Рацпости організовують свою роботу на основі своїх робітних плянів, що ввіходять як складова частина, до пляну робіт виробничих нарад.

Організація виконання

7. Рацпост організовує виконання свого пляну, виділяючи бриґади або окремих виконавців на кожне плянове завдання в межах накресленого терміну. Рацпост періодично провадить свої наради та зльоти, де обговорює пляни та звіти роботи окремих бриґад і виконавців.

Рацпост бере участь у всіх громадських кампаніях, масових заходах, раціоналізації та стандаризації — огляди, конференції, зльоти) і систематично інформує громадськість і пресу про свою роботу.

150. Про притягнення до відповідальности медиків, зобов'язаних службою перед державою за ухилення від роботи за призначенням органів Наркомздоров'я.

(Розп. НКЮ УСРР з 7 серпня 1932 р. № 60 — 527)

За повідомленням Наркомздоров'я, досить часто трапляються випадки, коли медробітники не виконують своїх зобов'язань перед державою.

Є випадки, коли медробітники, зобов'язані службою перед державою або зовсім не з'являються на місце призначення, або свавільно кидають місце роботи.

Наслідком цього утворюється дезорганізація в розподілі лікарів та зрив медичного обслуговування окремих відповідальних дільниць.

Ц, висуває потребу провадити рішучу боротьбу з випадками ухилення від роботи за призначенням органів Наркомздоров'я з боку медичних робітників, що зобов'язані службою перед державою, а саме:

а) осіб, що закінчують медВИШ'і, або медтехнікуми, які зобов'язані протягом 3 років після закінчення навчального закладу відслужити за фахом на периф рії за вказівками НКОЗ УСРР на підставі постанови ЦВК і РНК СРСР з 18-V-1929 року (зб. зак. УСРР 1929 р. № 34 арт. 298) та інструкції НКПраці СРСР до цього закону, з 4-X 1930 р. („Ізвестія" НКПраці СРСР за 1930 р. № 28).

б) лікарів-інтернів і лікарів, що скінчили курси підвищення кваліфі ац ї, а також ординаторів, які на підставі постанови РНК УСРР з 16-IX-24 р„ (зб. зак. УСРР 1924 р. № 35-36 арт. 239) і з 19-V-1925 р. (зб. зак. УСРР 19.5 р. № 27 арт. 112, — після закінчення курсу повинні відслужити за фахом за вказівками органів охорони здоров'я про якому встановленого терміну.

В основному боротьбу з такими явищами треба провадити методами громадського впливу, але в окремих випадках, за умов злісности, шкідливих наслідків та інших обтяжливих обставин, можливо притягати за наведені ламання до кримінальної відповідальности на підставі таких правил:

1) лікарів, що свавільно залишили роботу, притягається до відповідальности за арт. 100 крим. кодексу.

2) притягнення до кримінальної відповідальности провадиться за поданням органів Наркомздоров'я, погодженим в кожному окр мому випадкові з відповідною профспілкою.

3) урядових осіб ріжних установ, що приймають на роботу лікарів без листовної посвідки з місця останньої роботи, або без путьовки, що з нею направляється лік рів, які скінчили медВИШ'і або медтехнікуми на роботу—можна притягати до кримінальної відповідальности за ч. 11 арт. 100 крим. кодексу, а у випадках особливої злісности (систематичности, зманювання лікарів з місця роботи — за арт. 97 КК.

Заст. Народн. Коміс. юстиції та ГПР **Приходько.**

ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ЧАСТИНА

151. Бюра лікарської експертизи переходять до органів соцстраху

До всіх обласних відділів праці, здоровввідділів, терстрахкас. До всіх районних відділів праці, здоровінспектур Донбасу. До страхкас Донбасу та АМСРР. До всіх галузевих виплатних пунктів соцстраху *).

1. На підставі постанови РНК СРСР з 3 травня 1932 р. „про передачу лікарсько-трудової експертизи інвалідности від органів наркомздоров'я до органів Наркомпраці (Соцстраху)", Наркомпраці УСРР та Наркомздоров'я УСРР пропо уюmь з одержанням цього негайно розпочати передачу Бюр лікарської експертизи органам соцстраху з тим, щоб цю передачу закінчити повнотою не пізніше 15 серпня ц. р.

2. Органи охорони здоров'я передають бюра лікарської експертизи місцевим територіяльним к сам соцстраху. Щоб запобігти перебоям в роботі БЛЕ, вони передаються на ходу зі всім персоналом, реманентом, архівом, приміщенням та допоміжними установами, в разі такі існують, для виключного обслуговування БЛЕ. Місцева територіяльна каса залічує до свого штату персонал БЛЕ, який переходить від органів охорони здоров'я, реманент та архів каса приймає за актом, який підписують окремі органи охорони здоров'я. Щодо приміщення, то каса складає договір з організацією—власником приміщення.

3. За окремою угодою між касою та органом охорони здоров'я, останній зобов'язується забезпечити Бюрові лікарської експертизи певну кількість діягностичних ліжок в відповідних лікустановах, аналізами, рентгенознімками, просвітлюванням та інш. в певних лябораторіях та кабінетах.

4. Бюра лікарської експертизи, яких передають до територіяльних кас соцстраху, призначаються для обслуговування потреб страхових органів. Проте, за окремим договором БЛЕ можуть взяти на себе обслуговувати експертизою соцзабез, інстраxкасу, промкооперацію, військвід і т. інш.

5. Наперед до здійснення нового „положення про лікарсько-трудову експертизу, інструкцію до нього та видання окремих розпоряджень та інш. неможна переводити жодних змін щодо мережі району діяльности, складу та функцій бюр лікарської експертизи, і БЛЕ повинні провадити свою роботу на основах положення, що його надруковано в Вістях НКПраці УСРР № 17 1931 року.

Увага І. Якщо в даному районі переважає галузь промисловости, що підпорядковується якій небудь республікан ькій галузевій касі соцстраху, остання від її місцевого органу вводить до БЛЕ свого довіреного лікаря, або організує в складі бюра лікарської експертизи окр му експертну комісію для обслуговування даної галузі промисловости.

Увага II. Якщо в процесі роботи виявиться потреба внести які небудь зміну в організації БЛЕ, змінити рай н діяльности і т. інш. вони переводяться з дозв лу республіканської територіяльної каси соцстраху.

6. Обласні територіяльні каси вводять до складу своїх співробітників спеціяльного лікаря, що керує питаннями експертизи. Якщо такий є в складі органа охорони здоров'я — він переходить разом із БЛЕ до страхкаси.

*) Розіслано 2 серпня 1932 р.

7. Утримання БЛЕ до кінця 1932 р. провадиться в кошторису фонду меддопомоги застрахованих з коштів, що їх асигновано на цю справу за кошторисами місцевих органів НКОЗ. Додаткові потрібні кошти відпускають із коштів територіяльних кас за кошторисами, які затверджує Респ. Теркаса соцстраху.

8. Усі інструкції, пояснення та директиви з питань, щодо лікарсько-трудової експертизи видає Республік. Територіяльна каса соцстраху за погодженням із галузевими республіканськими страхкасами.

Від Наркомздоров'я УСРР — **Туркельтауб**

Від Наркомпраці УСРР — **Худокормов**

Погоджено:

Республ. тер. каса — **Гристан**
Респ. каса метал. — **Скорченко**
Респ. гірно-рудна каса — **Шеремет**
Респ. каса машинобуд. — **Сизогуб**
Респ. вугільна каса — **Толчинський**
Респ. кас основної хемії — **Бабич**

(Обіжне розпорядження НКОЗ № 20—18—4, НКПраці № 64—06 з 2 серп.)

152. Територіяльні лікарні повинні приймати від трансп. установ хворих, що захворіли в дорозі.

Останнім часом частішають випадки, коли сільські й міські лікарні відмовляються приймати від транспортн. лікустанов на лікування хворих, що потерпіли під час переїзду або захворіли в дорозі.

Згідно з чинним положенням (п. 5 обіжн. розпорядження НКОЗ з 21 березня 1928 р.) транспортні лікустанови повинні в таких випадках надати захворілим першу допомогу і потім транспортувати до відповідних територіяльних лікустанов. Щоби запобігти непорозумінням, НКОЗ категорично пропонує виконувати з адане тут чинне положення. Облздороввідділи повинні стежити за виконанням цього та вимагати, щоб усі РЗІ та МЗІ дали всім лікустановам районів і міст відповідні вказівки.

Член колегії НКОЗ—керівник медпрофуправління **Туркельтауб.**

Керівник лікпрофсектора **Аронштам.**

(Лист НКОЗ з 19 серпня 1932 р.)

153. Про медобслуговування туристських баз.

До облздороввідділів. Копії — Укртуре, НКОЗ АМСРР.

Поруч завдань великої політичної ваги, що має туризм (обмін виробничим досвідом, краєзнавство, сприяння обороноздатності тощо), його треба використати, як здоровий активний відпочинок, за умови правильного медико-санітарного обслугування туристів.

Треба констатувати, що досі органи охорони здоров'я приділяли туризму недостатню увагу. Ще до цього часу маємо ми такі явища:

1. Вибор трудящими маршруту без участи лікарів, що частенько відбивається негативно на здоров'ї туристів.
2. Незадовільний санітарний стан турбаз.
3. Відсутність правильного гігієнічного режиму туристів на турбазі, в подорожі тощо.

А в тім, за даними Укртуре через одні лише українські турбази в 1931 р. пройшло близько 200.000 туристів, а в 1932 р. запроєктовано за пляном близько 300 000 туристів.

Отже НКОЗ пропонує всім обл. міськ й райздороввідділам, на терені яких є турбази, вжити негайно таких заходів:

а) встановити систематичний санітарний нагляд за туристськими базами й маршрутами, звертаючи особливу увагу на санітарний стан турбаз, на розміщення туристів, на якість продуктів харчування, на джерела водопостачання, дезинфекцію тощо.

б) Організувати на головних базах маршрутів й в подорожі подачу туристам першої допомоги й забезпечити в лікарських установах прийом туристів, що захворіли в подорожі на гостро-пошесні захорування, що вимагають ізоляції.

в) Організувати на головних турбазах лікарсько-гігієнічні консультації, де туристи могли б одержувати поради й вказівки у питаннях гігієни туризму, широко інформувати туристів і екскурсантів про санітарний стан района маршрута й вжити відповідних профілактичних заходів (хінізація в малярійних місцевостях, профілактичні прищепки та інші). Організувати на всіх базах простіші санітарні установки—душеві, лазні та пральні, перукарні, а також простішу майстерню, щоб лагодити взуття та одяг.

Обов'язково забезпечити постачання турбаз цілком доброякісною питьовою водою.

г) Організувати на турбазах лекції в питаннях гігієни туризму і інструктувати груповодів про подання першої меддопомоги, а також постачати туристським групам саносвітлітературу та аптечки першої допомоги.

д) Поруч цього спільно з туристськими організаціями, профспілками, органами охорони праці, комсомолом вжити заходів до організації приміських турбаз і для дорослого і для дитячого населення для перебування в них трудящих у вихідні дні.

Про вжиті заходи на виконання цього обіжника повідомте Укркурупр.

Наркомздоров'я — **Канторовіч.**

Нач. Укркурура — **Ільова.**

Ст. інспектор по мас. роб. відпоч. — **Пинхасік.**

(Об. лист НКОЗ та УКУ № 3412 з 23 серпня 1932 р.).

ОХМАТДИТ ТА ОЗДП

154. Про організацію декадника огляду дитустанов

До всіх облздоровввідділів, МЗІ та РЗІ Донбасу, МСУ нових будівництв. Копії до НКОЗ АМСРР, медсансектору Уповкаркомшляхів. До всіх облвідділів наросвіти міськвідділів наросвіти, райвідділів наросвіти Донбасу

Бурхливе зростання індустріялізації країни, закінчена в основному колективізація сільського господарства створили умови, щоб широко втягти жінок у виробництво і індустріяльне, і сільсько-господарське.

Обслуговування жінки-робітниці, жінки-селянки соц.-побутовими закладами набуває щороку більшої ваги, про що свідчить щорічне велике зростання мережі установ охматдиту, особливо ясел і дитсадків.

Проте, ми повинні боротись не тільки за кількісне розгортання дитустанов, але й за підвищення їхньої якости, за чіткішу роботу, за виконання санмінімуму, за втілення шости вказівок т. Сталіна в роботу дитустанов. Тимчасом за відомостями, що є в НКОЗ та в НКО, робота дитячих установ по деяких місцях не цілком задовільна, особливо незадовільно стоїть справа виконання санмінімуму.

Тому, Наркомздоров'я та Наркомосвіти пропонують вам організувати декадник огляду дитустанов, щоб виявити і кращі і кепські дитзаклади та висвітлити наслідки декадника на сторінках місцевої преси.

До бригад, що провадитимуть огляд дитустанов, треба притягти партійні та професійні організації, райсанорганізації, актив робітниць, комсомол, робітників преси тощо.

Штаб треба організувати при РЗІ в складі райздоровінспектора або інспектора охматдиту, інспектора наросвіти, представників від партійних, професійних та громадських організацій та райсанлікаря

Роботу треба розпочати найближчого часу.

Про початок та перебіг роботи просимо оповістити НКОЗ та НКО.

Наркомздоров'я УСРР **Канторовіч.**

Заст. Наркомосвіти **Карпеко.**

(Об. розп. НКОЗ і НКО УСРР з 21 серпня 1932 р. № 2101-1).

155. Про кількісне та якісне розвинення пологодопоміжних установ

До всіх обздоровввідділів, міськздоровінспектур, райздоровінспектур Донбасу, МСУ нових будівництв. Копії до НКОЗ АМСРР та Медсансектору УпНКШляхів

Колегія НКОЗ ухвалила вже 1932 року довести відсоток охоплення пологодопомогою робітниць та дружин робітників по промцентрах і промрайонах до 100, а породіль по соцсектору села – до 50.

Щоб це здійснити, НКОЗ пропонує:

1. Реалізувати постанову НКОЗ та Укрколгоспцентру щодо участи колгоспів в максимальному розгорненні пологових ліжок при лікарських амбуляторіях села, акушерських пунктів з ліжками при великих радгоспах, МТС та колгоспах, що є на периферії меддільниці.

2. Розгорнути поруч цього як найширше акушерську допомогу вдома роїздними акушерками, надавши останнім комплекти потрібного обладнання (список додається), треба утворити належні умови для пологів в хатніх обставинах.

Щоб поліпшити якість допомоги, НКОЗ пропонує:

1. Виділити в соматичних лікарнях пологові ліжка в окремі палати, виділивши для обслуговування їх окремий середній та молодший персонал.

2. Відвести в самостійних пологових будинках та значних акушерських відділках соматичних лікарень певну кількість (не більше 5 в кожному) ліжок для ранньої шпиталізації жінок з патологічним перебігом вагітности та що в них є загроза патології підчас пологів.

3. У самостійних пологових будинках та акушерських відділках соматичних лікарень, що мають понад 20 пологових ліжок, відокремити новонароджених у спеціяльну палату для новонароджених, забезпечивши їх спеціяльними сестрами для догляду та обслуговування від лікаря педіятра.

4. Налагодити зв'язок консультацій охорони материнств й пологодопоміжними установами та акушерськими пунктами через обмінні картки (форми ОМД 03 та ОМД 04, що вам надіслано), щоб забезпечити наступність спостережень над вагітною та породильницею.

Щоб забезпечити пологодопоміжні стаціонари та акушерські пункти кадрами акушерок, НКОЗ пропонує переглянути штат середнього персоналу всіх установ, зокрема гінекологічних та абортних відділків та абортаріїв з тим, щ б акушерок перевести на роботу за фахом лише до пологодопоміжних установ, замінивши їх у решті відділків лікпомами або мед. сестрами.

Керівник медпрофуправління — член колегії Наркомздоров'я **Туркельтауб.**

Інсп. охорони материнства **Ліхтман.**

(Об. розп. НКОЗ № 2111—3 з 20 серпня 1932 р.).

Додаток до об. розп. НКОЗ № 2111—3

РЕЄСТР

комплекта обладнання для роз'їзної акушерки

А. Білизна (стерилізована в біксі)

Простирало	1	Пошивка	1
Пелюшок	2	Хустинка	1
Півпростир.	1	Рушник	1
Сорочок жіноч	1	Фартук цератовий для акушерки	1
Халат для акушерки	1	Церати подкладної	$1^1/_2$ метри

Б. Речі догляду хорої

Судно підкладне	1	
Кружок Есмарха	2	(1 для клізм, друга для обмивання зовнішніх статевих органів).
Бікс із стерильним матеріялом	1	(вата, марля, з тунферами та бинтами, мотузки для зав'язування пуповини).
Піпетка, щоб наливати краплі в око	1	
Балон ґумовий (200.0) з ґумовим елястичним катетером, щоб висмоктувати слизоту з горла новонародженого	1	
Ножиці парикмахерські	1	
Кольпейринтер (200.0)	1	
Стетоскоп акушерський	1	
„ звичайний	1	
Шприц „Рекорд" (2,0) з голками до нього	1	
Метальова коробка з підставкою, щоб кип'ятити шприц	1	
Кастрюль емальов. або алюмінієв.	1	
Ножиці для нігтей	1	
Нігтечистка	1	
Щіток для рук	4	

В. Медичний струмент

Ножиці пупочні	1
Пеанів	2
Катетерів метальових жіночих	1
„ елястичних	1
Корнцанг або довгий пинцет для матеріялу	1
Мискомір	1

Г. Медикаменти

1% розчин аргенті нітриці для профілактики очей новонародженого за Креде . .	10,0	(Зберігати в темній пляшці та часто міняти).
Борна кислота	10,0	
25% розчин формаліну . . .	100,0	
Мангаково-кислий калій . .	5,0	
Іодна тинктура	50,0	
Спирт денатурований	200,0	
Спирт медичний	100,0	
Мила	1 кус.	
Сабадилова настоянка	200,0	
Морфій в ампулах для ін'єкції	4 амп.	
Ерготин в ампулах	5 „	
Пітуїтрин „	2 „	
Олії в ампулах для камфори (20% розчин)	5 „	
Кофеїн в ампулах для ін'єкції	3 „	
Олії вазелінової стерильн. . .	200,0	
Валеріянової настоянки . . .	20,0	
Амоніячного (Салм'якового) спирту	10,0	

Для портативности цього комплекту треба все вмістити в відповідно зроблену скриньку (кошик).

Затверджено від Наркомздоров'я т. Канторовіча 11 липня 1932 р.

156. ІНСТРУКЦІЯ

про роботу лікаря охматдиту

Директиви партії та уряду про втягнення жінок до виробництва ставлять перед робітниками охорони здоров'я дітей низку першочергових завдань щодо розгортання мережі постійних та сезонових ясел та поліпшення обслуговування дітей по вже відкритих яслах.

У всій оздоровній роботі серед дітей ясельного віку лікар охматдиту є не лише консультант, але також організатор самої роботи ясел, зокрема в частині медично-санітарного обслуговування ясел.

Щодо роботи лікаря охматдиту, то всі міські ясла треба поділити на 2 категорії:

А. Великі ясла, що мають 100 й більше дітей, яких безпосередньо обслуговує спеціяльний лікар охматдиту або педіятр;

Б. Невеликі ясла, що їх обслуговує лікар диспансеризатор, або лікар за сполученням.

Роботу лікаря в цих невеликих яслах треба побудувати так, щоб лікар відвідував ясла щодня, не менш, як на 2 години.

Робота лікаря охматдиту в яслах в основному складається з трьох головних частин:

1. Робота в справі оздоровлення зовнішнього оточення: санітарно-гігієнічна, санітарно-епідеміологічна й санітарно-освітня.

2. Лікарська робота: диспансеризація, розгортання оздоровних заходів для окремих груп дітей, огляд дітей та лікування хворих дітей в ізоляторі.

3. Масова оздоровна робота.

1) *Санітарно-гігієнічна робота*:

а) лікар охматдиту наглядає за правильним використанням приміщень, належним гігієнічним утриманням приміщення, належною вентиляцією, освітленням та опаленням приміщень, водопостачанням та вивозом брудни і покидків;

б) лікар охматдиту повинен брати участь у складанні пляна ремонту помешкань, а також бере участь у комісії, що приймає закінчений ремонт;

в) лікар наглядає за якістю та виготовленням їжі, складає меню на п'ятиденку, наглядає за миттям посуду (обов'язкове кип'ятіння);

г) він же опрацьовує в разі потреби окремий харчовий режим для окремих груп дітей.

2) *Санітарно-епідеміологічна робота*

Лікар охматдиту вживає активних заходів на охорону дітей від розповсюдження інфекційних хвороб, для чого:

а) Щоденно оглядають усіх дітей, зокрема тих, що ізолювала сестра, яка провадить прийом дітей до ясел, з обов'язковим вимірюванням температури;

б) Обов'язково роблять усім дітям щеплення проти віспи, обкладу та в разі потреби проти кору й шкарлятини;

в) Вакцинують перос протидизеетрійною вакциною всіх дітей, передусім тих, оточення яких вдома являє деяку загрозу захорування на літню бігунку;

г) Облікують усі захорування, заносячи їх на карту.

3) *Санітарно-освітня робота*

Ця робота полягає в тім, щоб виховати культурно-гігієнічні навички у старших дітей, колективні і індивідуальні та щоб провадити санітарно-освітню роботу серед батьків і персоналу.

Основні засоби роботи — це пропаганда та організація режиму дня, а також участь лікаря ясел у оздоровних побутових організаціях (т-ва оздоровлення праці та побуту, КОПП тощо).

Увага: Санітарно-освітню роботу серед батьків і персоналу треба провадити через лекції та бесіди пляново за складеною програмою.

4) *Лікарська робота*

а) Лікар систематично оглядає дітей, застосовуючи елементи, основних антропометричних вимірювань (зважування дітей двічі на місяць, старших після року — щомісячно. Крім того, вимірюють зріст сидячи та стоячи, вимірюють огруддя);

б) лікує дітей, що знаходяться в ізоляторі;

в) досліджує дітей на глистову інвазію

г) виявляє дітей, хорих на люес, тбц, робить їм діягностичні реакції, як проби Пірке, Манту, реакції Васермана; напрямлює їх до відповідних установ на лікування;

д) здійснює активну диспансеризацію, переводячи дітей через усі кабінети диспансеру;

е) найбільш пославлених дітей відокремлює для застосування до них посилених оздоровних заходів (посилене харчування, організація окремих санаторних груп в яслах).

5) *Масово-оздоровна робота*

а) Лікар ясел вживає оздоровних заходів серед дітей залежно від пори року. Взимку — мертва година на повітрі, для старших дітей гри на повітрі, прогулянки, кварцування. Влітку ясла переводять на літні форми роботи (соняшні ванни, душі тощо;

б) Лікар застосовує фізкультуру пасивну для немовлят та активну — для дітей старшого віку

157. Про розгорнення ясел по житло-орендних кооперативах

До всіх облздоровввідділів, міськздовінспектур, райздоровінспектур Донбасу, МСУ нових будівництв. Копії до НКОЗ АМСР, медсансектору Уповнаркомшляхів, всіх обл., рай та міськ. житлоспілок

Згідно із згодою, що склали НКОЗ та Укржитлоспілка, система житлокооперації повинна цього року розгорнути 190 дитячих ясел на таких умовах: житлокоопи повинні надати яслам відповідні приміщення. Органи НКОЗ повинні своїм коштом устаткувати приміщення, забезпечити ясла відповідними кадрами та включити ясла житлокоопів на централізоване постачання.

Витрати на утримання цих закладів повинні переводитись коштом батьків і культфонду житлокоопу. Решту коштів повинні надати місцеві органи Наркомздоров'я.

Надаючи велику вагу справі розгортання ясел при житлокоопах, Наркомздоров'я та Укржитлоспілка пропонують на місцях скласти локальні умови та терміново розпочати реалізацію відкриття ясел по житлоокоопах.

Член колегії Наркомздоров'я **Туркельтауб**.

Голова Укржитлоспілки **Волков**.

(Сп. об. лист НКОЗ та УЖС № 2101—1 з 22 липня 1932 р.).

Затверджую

Наркомздоров'я Канторович

19 липня 1932 р.

158. ІНСТРУКЦІЯ,

як організовувати зливні пункти жіночого молока

За один із основних засобів боротьби з літніми шлунково-кишковими захворуваннями серед дітей немовлят править годування жіночим молоком; зокрема такі захворування, як інтоксикація та більшість форм захворувань на коліти до 1 року настійно вимагають здебільшого як лікування, годування жіночим молоком.

Крім того, широке розгорнення ясельної мережі та перебування дітей немовлят протягом значного часу в яслах потрібує також правильного налагодження справи зціджування жіночого молока, як профілактичного засобу в справі боротьби з дитячими літніми проносами й найдоцільнішого лікувального засобу.

Отже цього року треба обов'язково розпочати плянову організацію зливних пунктів жіночого молока:

1) Ці зливні пункти треба насамперед організувати по яслах, пологових будинках, пологових відділках загальних лікарень, у медсанцехах на самому підприємстві; ці пункти повинні бути базою для консультацій, що обслуговують ці підприємства.

2) Щоб організувати зливний пункт, треба провести відповідну широку саносвітню роз'яснювальну роботу серед жінок на підприємстві, в колгоспі, серед матерей пологових відділків, матерей, що відвідують консультації тощо;

3) Провадячи саносвітню роботу, треба звернути увагу матерей, що зціджування молока не тільки не шкодить самій матері, але навіть збільшує кількість молока й тим сам дає можливість на ввесь літній час годувати свою дитину.

4) По яслах та консультаціях зливний пункт можна організувати в кімнаті для годування немовлят; у медсанцехах треба виділити окрему кімнату.

5) Зціджування молока треба провадити підчас перерви кожної зміни.

6) Саме зціджування молока провадиться так: перші струмочки молока зовсім зливаються, в стерильних пляшках встановлюють лійки, пляшку разом із лійкою ставлять у кухлик із холодною водою. Зціджування провадять над лійкою. Скінчивши це, пляшку закривають стерильною коркою.

Зціджене молоко треба зараз же остудити.

7) Щоб притягти жінок до зливних пунктів, треба обов'язково компенсувати жінку, що зціджує молоко, причому ця компенсація може бути або грошова або краще натурою, як обід зі стаканом коров'ячого молока.

Примітка: компенсувати натурою краще тому, що правильне харчування самої матери безперечно впливає на збільшення кількости молока.

8) Потрібне обладнання: шафа для халатів (кожна жінка повинна одягати халат), хатня льодовня та відповідний посуд, індивідуальні лійки, шклянки, пляшки, слоїки з притертими покришками, примус тощо.

9) Цілком зрозуміло, що кожну жінку, яка зціджує молока, треба пильно оглянути (зокрема на туберкульозу та венеризм).

10) Зібране молоко треба кип'ятити, щоби стерилізувати згідно із загальними правилами й лише після того видавати дітям.

Член колегії НКОЗ **Туркельтауб.**
Кер. сектору охматдит **Федотова.**

(Об. розп. НКОЗ з 20 серпня 1632 р. № 2101(1).

159. Про своєчасну сплату коштів на утримання ясел

До всіх облздороввідділів, міськздоровінспектур, райздоровінспектур Донбасу, МСУ нових будівництв. Копії до НКОЗ АМСРР, медсансектору Уповнаркомшляхів. До обласних страхкас, міськстрахкас та райстрахкас Донбасу. Копія до республіканської територіяльної каси АМСРР

За відомостями, що мають НКОЗ та територіяльна каса, деякі місцеві та районні страхкаси не виплачують своєчасно грошей, що їх асигновано на утримання ясел, причому по деяких місцях страхкаси вважають, що вони самі повинні утримувати ясла.

Вважаючи такий стан за цілком ненормальний, Наркомздоров'я та Територіяльна каса просять терміново перевірити, як відпускаються гроші на утримання ясел згідно із складеною умовою та цілком використати ті кошти, що їх відпущено для цього, дбаючи водночас за те, щоб піднести якість роботи ясел, себто, поліпшуючи обладнання їх, харчування, провадячи ремонт і т. інш.

Член колегії НКОЗ **Туркельтауб**
Голова Територіяльної каси **Гристан**

(Лист НКОЗ та Респ. страхкаси з 18 серпня 1932 р)

160. Про обслуговування колгоспних базарів у галузі охматдиту

До всіх облздоровеідділів, МЗІ та РЗІ Донбасу, МСУ нових будівництв. Копії до НКОЗ АМСРР та медсансектору Уповнаркомшляхів

Потреба якомога ліпше обслуговувати колгоспні базари вимагає од установ охматдиту певної чіткости та гнучкости в їхній роботі.

Це обслуговування колгоспних базарів в галузі охматдиту треба передусім спрямувати на те, щоб жінок колгоспниць, які виїжджають на колгоспні базари, приймали б позачергово до жіночих консультацій.

Треба обов'язково провадити пояснювальну роботу, щоб жінки не брали з собою на колгоспні базари дітей, а залишали б їх по тих дитячих установах, що є в колгоспі.

У разі в колгоспі немає сезонових ясел, треба стежити за тим, щоб підчас виїздів на колгоспні базари, організували тимчасові дитячі кімнати, які треба забезпечити наглядом на час відсутности матерів.

По консультаціях треба використовувати відвідування матерів і жінок для того, щоб якомога ширше провадити серед них профілактичну роботу, зокрема в галузі боротьби з абортами, рекомендуючи протизачаткові засоби тощо.

Керівник медпрофуправління—член колегії НКОЗ **Туркельтауб.**

Керівник сектору охматдит **Федотова**

(Об. розп. НКОЗ з 23 серпня 1932 р. № 2101-1).

ОЗДОРОВЛЕННЯ ПОБУТУ. ЗАХОДИ ПОПЕРЕДИТИ РОЗВИТОК ПОШЕСНИХ ЗАХОРУВАНЬ

161. Профілактичні заходи боротьби із захоруванням на кір

Проведенням серопрофілактики проти кору ми маємо можливість утворити умови найлегшого й найкоротшого перебігу захворування, а в окремих випадках навіть припинити хід захворювань.

Серопрофілактику проти кору треба застосувати переважно серед організованого дитинства—в дитячих установах, яслах, дитмайданчиках і т. інш., вживаючи кров'яної сироватки реконвалесцентів за Дегвитцем або сироватки для дорослих, керуючись інструкцією Всеукраїнського інституту бактеріології, епідеміології та серотерапії *).

Щоб організувати цю справу, НКОЗ пропонує утворити у великих містах при міськсанбакляборaторіях та при міжрайсанстанціях, де є для цього всі можливості, противокорові станції, які провадять цю роботу під науковим керівництвом відповідних санбакінститутів.

Кров дорослих, які перенесли кір, потрібну для виготовлення сироватки, треба збирати в батьків, діти яких перебувають у яслах, дитсадках, відвідують консультації, або повинні вступати до дитячих установ, а також у реконвалесцентів по дитячих відділках інфекційних лікарень. Треба використовувати ще й інші можливості. Треба в основному пам'ятати:

1) Що треба забезпечити абсолютно ретельний та суворий бактеріологічний контроль за збиранням сироватки та її виготовленням.

2) Що пасивна імунізація, якою є серопрофілактика проти кору, дійсна лише 2-3 тижні. Бажано вживати такого дозування (за інструкцією бакінституту), що дає легкі та короткотермінові форми кору (мітиговані форми).

3) Цю роботу провадити за вказівками відповідних бакінститутів, а також організувати короткотермінові курси для відповідних медробітників у цій справі.

Віддаючи важливу увагу серопрофілактиці проти кору, як засобу боротьби з розповсюдженням захорувань на кір та зменшення смертности серед дитячого населення, НКОЗ пропонує зараз же розгорнути цю роботу, організувати противокорові станції, за прикладом Одеси та Харкова та обов'язково притягнути до цієї справи компетенцію та інструктаж обласних бакінститутів.

Заст. Наркомздоров'я — **Хармандар'ян**

Кер. сектору охматдит — **Федотова**

Ст. епідеміолог — **Баринський**

(Об. розп. НКОЗ № 31-30/5 з 20 серпня 1932 р.

162. Цілком закінчити віспощепну кампанію

До всіх облздоровввідділів, міськздоровінсектур, райздоровінспектур Донбасу, міжрайсанстанцій, МСУ нових будівництв, НКОЗ АМСРР. Копія до медсансектору УпНКШляхів.

Відмічаючи, що віспощепну кампанію в основному проведено задовільно, Наркомздоров'я водночас пропонує ні в якому разі не припиняти віспощепної роботи та закінчити поголівне віспощеплення після кампанії жнив не пізніше 15 жовтня ц. р.

Одночасно треба цим напрямком організувати ретельну перевірку та контроль проведеної роботи, встановити вірний облік, виявити місця з недостатнім охопленням та організувати ревакціонацію у випадках щеплень незадовільної якости.

*) Цю інструкцію розіслано ОЗВідділам

Облздорови повинні вжити заходів, щоб повнотою та своєчасно охопити всіх народжених 1932 року та організувати систематичне віспощеплення на наступні роки, згідно з постановою Раднаркому УСРР.

Зокрема, Наркомздоров'я відмічає потребу видавати посвідчення особам, яким зробили щеплення.

На зміну попередніх розпоряджень Наркомздоров'я пропонує облздоровввідділам надалі по відомляти НКОЗ про перебіг віспощеплення швидкою почтою 1-го та 15-го кожного місяця.

НКОЗ категорично пропонує облздоровввідділам простежити за тим, щоб усі підприємства, новобудівлі, медсанорганізації підприємств, установи Наркомосвіти і т. інш. — перевіряли наявність у них посвідчень про віспощеплення 1931-32 р. із задовільними наслідками, а в разі відсутности таких, робили цим особам обов'язкове віспощеплення.

Треба так організувати роботу, щоб жодної дитини не приймали до ясел, дитсадку, дитмайданчику, школи та фабзавучу без посвідчення про зроблене їй віспощеплення.

Заст. Наркомздоров'я — **Хармандар'ян**

(Об. розп. НКОЗ № 3127 а з 28 серпня 1932 р.)

САНКУЛЬТУРА Й САНТЕХПРОПАҐАНДА

163. Про розгортання мережі санітарно-гігієнічних консультацій.

До всіх облздоровввідділів, міськздоровінспектур, райздоровінспектур Донбасу та МСУ нових будівництв, Копії до НКОЗ АМСРР та Медсанупру УпНКШляхів.

Ще минулого року Наркомздоров'я УСРР подав місцям вказівки утворити санітарно-гігієнічні консультації при всіх будинках санкультури, зокрема при поліклініках, єдиних диспансерах, аптеках, по робітничих клюбах, садках культури й відпочинку тощо. (Директива НКОЗ № 53210 з 12 серпня 1931 р.).

Проте, обслідування, що їх провів НКОЗ, виявляють, що згаданої директиви майже зовсім не виконують.

Наркомздоров'я пропонує негайно розпочати організацію зазначених санітарно-гігієнічних консультацій.

Організуючи консультації, треба користуватись з заочних приладь місцевого будинку санкультури, або райсаносвітбази, обов'язково висвітлюючи місцеві матеріяли (захоруваність. зростання та перспективи робіт органів охорони здоров'я тощо).

Косультацію провадити з таких питань:

а) гігієна праці та відпочинку:

б) профгігієна (стосовно до професій, що переважають у даному районі) та боротьба з травматизмом;

в) фізкультура;

г) психо-гігієна на допомогу соцбудівництву;

д) санмінімум, масові оздоровні заходи та боротьба з пошесними хоробами:

е) організація та поліпшення громадського харчування;

ж) колективізація і новий побут:

з) комунальна гігієна та житлово-комунальний доброустрій;

і) військова гігієна та санітарна оборона країни;

Там, де є лікарі охматдит або ОЗДП, обов'язково утворити кабінет з питань гігієни виховання, гігієни школяра й підлітка.

Для роботи консультації треба вилучити певні години коштом робітного часу лікарів з таким розрахунком, щоб уся робота перевадилась за певним пляном і щоб кожний лікар витрачав на цю роботу не менш, як 2 години на п'ятиденку.

Для консультації треба вилучити або окреме приміщення, або пристосувати приміщення кабінетів, вільних від прийому лікарів (в поліклініках, єдиних диспансерах) або шкільні приміщення в клюбах, постачати консультаціям відповідну літературу й наочні приладдя.

Розгорнути навкруги консультацій широку масову роботу, прагнучи відкривати їх на засіданнях осередків т-ва оздоровлення праці та побуту, профорганізацій, притягнувши громадський актив охорони здоров'я до цієї справи; висвітлити завдання консультації, порядок її роботи так в низовій пресі (стінгазеті, багатотиражці), як і в місцевій.

До роботи в консультації треба притягти всіх лікарів поліклінік, медсанцехів, лікарень та інших закладів охорони здоров'я.

Загальне керівництво роботою консультації покладається на місцевий будинок санкультури або райсаносвітбазу, а в разі їх немає, то безпосередньо на райздоровінспектора.

Організаційно-адміністративні витрати на санітарно-гігієнічну консультацію провадяться на загальних засадах, як і до решти відділів данної медсанустанови. Треба притягнути до цього кошти господарчих, професійних та кооперативних організацій, якщо консультацію утворено в цехові, клюбі, житлокоопі тощо.

Народній Комісар Охорони Здоров'я УСРР — **Канторович**

Старший інспектор групи санкультури — **Паволоцький**

(Об. розп. НКОЗ № 1702 з 3 серпня 1932 р.

164. Про санкультроботу навколо масової саносвітлітератури

До всіх облздороввідділів, МЗІ, РЗІ Донбасу будинків санкультури, МСУ нових будівництв. Копії — до НКОЗ АМСРР та медсансектору Уповнаркомшляхів.

З обслідування місць виявляється, що масова популярна саносвітлітература та наочні приладдя (плякати, макети тощо) більшістю районів не використовується за їхнім призначенням.

Масова саносвітлітература затримується по будинках санкультури і райсаносвітбазах в той час, коли потреба в ній, особливо на селі, занадто велика.

Вважаючи таке ставлення до матеріялів агітпропагандистської роботи за неприпустиме, сектор санкультури НКОЗ пропонує:

1) Негайно перевірити і зміцнити мережу сільських саносвітніх бібліотек, зокрема в районах нацменшостей, перекинути більшість літератури та наочних приладь на підприємства в цехи, клюби, житлокоопи, а на селі — в будинки колективіста, хати-читальні, в меддільниці.

2) До кінця цього року треба утворити 1000 невеликих кутків саносвіти та стільки ж невеличких бібліотек в буд. колективіста, хатах-читальнях за таким розрахунком:

Харківська область	— 200	Вінницька область	— 100
Одеська "	— 150	Дніпропетр. "	— 200
Київська "	— 200	Донецька "	— 150

3. Треба погодити з зав. буд. колективіста питання, щоб виділив він частину потрібних коштів на утворення зазначених бібліотек.

4. Треба організувати громадську перевірку приставки саносвітнижок селянам і максимального використання їх для ліквідації сан. культ. неграмотности та організації масової роботи (зокрема щодо тієї літератури, яку надсилають окремі БСК та райосвітбази до збиральної кампанії, протиепідемічної роботи тощо).

5). Скрізь по сільських бібліотечних гуртках, на зльотах книгонош слід поставити доповіді медсанробітників на тему „просування санкультпропаганди до мас через саносвітнижку"

6) У сільських місцевостях треба організувати пересувні виставки з саносвітлітератури. у сельбуді, хаті-читальні-або червоному кутку.

7) По кооперативних крамницях, в аптеках організувати вітрини саносвітлітератури та кіоски, що продаватимуть саносвітнижки. По всіх медично-санітарних закладах порозвішати щити з рекомендованими брошурами. У чекальнях при меддільницях, поліклініках, амбулаторіях треба провадити голосне читання саносвітброшюр під проводом медперсоналу.

8) Будинкам санкультури та райсаносвітбазам треба притягти всіх лікарів медподілку та середній медперсонал, а також активістів т-ва оздоровлення праці й побуту для переведення систематичної масової санкультроботи з саносвітньою книжкою (популяризація її, організація конференції читачів саносвітлітератури, надання активістам окремих практичних завдань в галузі масов. санкультроботи, ліквідації саннеписьменности і масових оздоровних заходів, керівництва цією роботою тощо).

Зазначена робота повинна мати за основну мету: якнайефективніше використати саносвітлітературу, щоб ліквідувати санкультурну та сантехнічну неграмотність та запровадити в маси соціялістичний побут.

Наркомздоров'я **Канторович**

Кер. групи масов. санкультури — **Паволоцький**

(Об. розп. НКОЗ з 19 серпня 1932 р. № 1715)

165. Про розгортання масової санкультроботи лінією популярних саносвітжурналів.

До всіх облздороввідділів, МЗІ, РЗІ Донбасу, будинків санкультури, МСУ нових будівництв. Копії до НКОЗ АМСРР та медсансектору Уповнаркомшляхів

Неодноразових вказівок НКОЗ про масову санкультроботу лінією популярних саносвітжурналів („Шлях до Здоров'я", „Гезунд ун Арбайт", „За здорову зміну", За тверезість") як виявилось підчас обслідувань місць, санкульторганізації та інші медсанустанови майже не виконують.

Не скрізь можна побачити зазначені журнали в більшості районів України, зокрема на селі.

Зважаючи на особливу вагу, що мають зазначені саносвітжурнали в справі ліквідації санкультурної та саносвітньої неписьменности трудящих, а також розгортання масової санкультури навколо питань, що їх висвітлюють зазначені популярні періодичні видання, НКОЗ пропонує таке:

1) Усім будинкам санкультури, всім медустановам вжити рішучих заходів, щоби скрізь по меддільницях, хатах-читальнях, будинках колективіста, клюбах, на станціях залізниць, в червоних кутках цехів, заводів тощо було не менш 1 примірника якого-небудь саносвітжурналу (а в нац. єврейських районах, журнали „Гезунд ун Арбайт").

2) Спільно з райкомітетами, або окремими осередками т-ва оздоровлення праці й побуту зорганізувати по всіх хатах-читальнях, червоних кутках тощо постійні голосні читанки саносвітжурналів, для чого притягти активістів т-ва.

3) Спільно з осередками цього т-ва та активістами УЧХ розгорнути широку масову роботу щодо організації та керівництва робітничо-колгоспним активом у питаннях масової санкультроботи та оздоровних заходів, що їх систематично висовує журнал.

4) Під керівництвом медсанробітників зорганізувати постійні сигнальні пости саносвітжурналів на підприємствах, на селі, скликати зльоти та конференції цих постів, на яких обговорювати обмін досвідом роботи, активно допомагати санкорам в їхній надзвичайно важливій роботі (через короткотермінові курси, семінари для них з питань ліквідації саннеписьменности) щодо висвітлення питань медсанобслуговування трудящих, раціоналізації та поліпшення справи охорони здоров'я, питань непослабної робітничої контролі та активної участи робітничо-колгоспних мас у роботі органів охорони здоров'я.

5) Широко розгорнутою організаційною роботою завербувати якнайбільше читачів кореспондентів навколо саносвітніх журналів.

Заст. Наркомздоров'я — **Хармандар'ян**

Кер. групи масової санкультроботи — **Паволоцький**

(Об. розп. НКОЗ № 1715 5 серпня 1932 р.).

166. Про підготовку активістів охорони здоров'я з відпускників Червоної Армії

До всіх облздороввідділів, МЗІ та РЗІ Донбасу, будинків санкультури МСУ нових будівництв. Копії до НКОЗ АМСРР, медсансектору УпНКШляхів, начальника ВСУ УВО

Щороку військово-санітарна служба розгортає велику роботу по військових частинах УВО щодо підготовки відпускників, які звільняються в довготермінові відпустки. Зазначені відпускники повинні стати застрільниками здорової праці й побуту в колгоспах, радгоспах, МТС, підприємствах тощо.

Органи охорони здоров'я на місцях, зокрема санкульторганізації, повинні взяти найактивнішу участь у цій роботі військово-санітарних робітників, як найповніше включитись в її запровадження. Підготовчу роботу треба розпочати вже тепер.

За основні форми роботи санкульторганізації в цій галузі мусить правити таке:

1) Максимально сприяти військово-санікарним органам та постачати їм потрібну популярну саносвітлітературу та давати відповідні методвказівки;

2) Щоб найповніше охопити відпускників в невеликих групах відрядити на допомогу військово-санітарним робітникам також і робітників санкульторганізацій (лікарів, або інструкторів масової роботи);

3) Провадити спільно в військово-санітарними робітниками відбір активістів із відпускників, що цікавляться питаннями охорони здоров'я, ставлячи за основну мету надати цим товаришам організаційні навики для майбутніх робіт, як агітаторів за новий, здоровий соціялістичний побут, як організаторів масової самодіяльности трудящих в справі охорони здоров'я в місті й на селі, зокрема щодо організації та роботи осередків т-ва оздоровлення праці й побуту.

4) Брати участь і провадити спільно з військово-санітарними робітниками заняття із спеціяльно відібраними групами активістів, якщо такі в військових частинах будуть організовані:

5. Провести спільно з військово-санітарними робітниками спеціяльні наради з відпускниками, що висвітлюють ролю активістів здоровоохорони на підприємствах, в колгоспах, радгоспах МТС, житлокоопах тощо, а також встановити форми зв'язку з цими говаришами в їхній майбутній діяльності (листування, інструктаж тощо).

6) Треба скласти з ними певний плян роботи, в якому висвітлити основні завдання, що стоять зараз перед органами охорони здоров'я та дати конкретні вказівки про участь у них зазначених товаришів (особливо щодо боротьби за чистоту, виконання санмінімуму по окремих об'єктах, ліквідації саніт. неграмотности, організації та активної участи в осередках т-ва оздоровлення праці й побуту), а також про участь зазначених робітників у військово-санітарній роботі (ліквідація військово-санітарної та військово-хемічної неграмотности, гуртки першої допомоги, курси протиповітряної оборони тощо). Відпускників-активістів треба зарахувати на заочні курси санкультури, виділити з них голів, або секретарів сільських осередків ТОПП. Кожний з цих товаришів повинен мати в себе чіткий плян, яким він повинен керуватись у роботі.

Всю зазначену роботу треба вести згідно із вказівками політорганів, санітарних начальників гарнізонів і військових частин: треба також погодити запровадження цієї роботи з місцевими т-вами оздоровлення праці й побуту та комітетами УЧХ, які здійснюють аналогічну роботу.

Народній комісар охорони здоров'я — **Канторович**

Керівник групи масової санкультури — **Паволоцький**

(Об. розп. НКОЗ № 1717 з 12 серпня 1932 р.).

167. Про санкультроботу в справі поліпшення та раціоналізації громхарчування (до соцумови ЦК МТС та ЦК громхарчу)

До всіх облздоровввідділів, МЗІ, РЗІ Донбасу, будинків санкультури, МСУ нових будівництв, (Одеса, Київ, Херсон, Маріюпіль. Копії — НКОЗ АМСРР та медсансектору Уповнаркомшляхів

На виконання завдань, що стоять перед органами охорони здоров'я на підставі соцумови між ЦК МСТруд і ЦК громхарч, санкульторганізації на місцях повинні, залучившись до цієї кампанії, зробити таке:

1) До кінця цього року охопити всіх робітників громхарчування короткотерміновими курсами з питань ліквідації санкультурної та сантехнічної неписьменности.

2) Скрізь по їдальнях спільно з т-вом оздоровлення праці й побуту організувати столкому, які порядком самодіяльности повинні взяти найактивнішу участь в опрацюванні та виконанні санітарних мінімумів в установах громхарчування (зазначені санітарні мінімуми для окремих об'єктів повинні опрацювати будинки санкультури спільно з санхарчлікарями).

3) По підприємствах, цехах, житлокоопах, на селі треба провести ряд лекцій-бесід з питань раціоналізації та поліпшення громхарчування.

4) По великих їдальнях утворити для робітників громхарчування пересувні сангігконсультації, в питань особистої та харчової гігієни.

5) Утворити скрізь по їдальнях сигнальні санкорівські пости журналу „За здорове харчування" та місцевої преси.

6) Організувати саносвіткутки по великих їдальнях та забезпечити їх невеличкими виставками (плякатами, гаслами тощо) з питань громхарчування.

7) Провести радіом низку лекцій за темами:

а) Роля та завдання самодіяльности трудящих в оздоровленні громхарчування.

б) Санмінімум в їдальні.

в) Загальна та особиста гігієна штату установ громхарчування.

г) Протиепідемічна робота в установах громхарчування.

д) Щеплення проти черевного тифу та значення вивчання бацилоносіння.

8) Разом з осередком т-ва оздоровлення праці й побуту профорганізаціями, комсомолом, активістами УЧХ, слухачами масових робітничих університетів утворити бригади для допомоги налагодженню справу громадського харчування, зокрема щодо агіт-пропагандистської роботи та організації самодіяльности трудящих навколо цих завдань.

До зазначеної роботи треба притягти санхарчлікарів і медперсонал, прикріплений до їдалень.

Наркомздоров'я — **Канторович**

Кер. групи масов. санкультури — **Паволоцький**

(Об. розп. НКОЗ № 1712 з 15 серпня 1932 р.).

168. Про обмін досвідом місць у галузі санкультури

До всіх облздоровввідділів, МЗІ, РЗІ Донбасу, Будинків санкультури, МСУ нових будівництв. Копії до НКОЗ АМСРР та медсансектору уповнаркомшляхів

Обслідування місць та доповіді санкультробітників в НКОЗ виявляють, що окремі санкультсрганізації на місцях частенько застосовують нові, дуже цікаві та ефективні форми санкуьлтроботи. Ось окремі приклади:

1) Луганський будинок санкультури (т. Лехцієва та Коваленський) — утворили електричан панораму в парку культури та відпочинку. Зазначена панорама коштує небагато, дуже портативну та ефективна.

2) Біла Церква (т. Барченко) — застосовує цікаві форми самодіяльного театру санкультури.

3) Запорізький БСК (т. Чиженко) — виявив чітку організацію та плянову роботу в галузі антирелігійної роботи.

4) Мелітопільський БСК (Браїловський) утворив санкультурну фотогазету.

5) Харківський БСК № 1 (т. Хает) — пляново та вміло використовує актив охорони здоров'я та розгортає самодіяльність робітників.

Проте, зазначені організації про свій досвід майже не інформують НКОЗ, не висвітлюють цих заходів і на сторінках преси („Врач. Дело", „Профілакт. Медицина"), через що решта санкульторганізацій периферії не знає про ці нові форми та методи роботи, не має змоги використати їх в своїй повсякденній практичній роботі.

Зважаючи на це, Наркомздоров'я звертається до всіх завідателів БСК, зав. райсаносвітбаз, до всіх окремих санкультробітників детально повідомляти сектор санкультури НКОЗ про нові організаційні форми, методи санкультроботи, зокрема в галузі розгортання масової роботи та самодіяльности, про нові типи наочних приладь і винахідництво в усіх галузях санкультроботи (використання електрики, фото, радіо та інших форм технічного озброєння в цій галузі нашої роботи).

Крім цього, треба висвітлювати зазначені питання на сторінках науково-медичної та популярної преси: („Врач. Дело“, „Профілакт. медицина“, „Шлях до здоров'я“ тощо).

Оце все матиме велику вагу для підвищення якости та ефективности санкультроботи на місцях.

Наркомздоров'я — **Канторовіч**

Кер. групи масов. санкультроботи — **Павол цький**

(Об. розп. НКОЗ з 15 серпня 1932 р. № 1704)

III. Із діяльности Наркомздоров'я, його управлінь і секторів

1. Посилюється медично-санітарне обслуговування сільського сектора

Виконуючи постанови III Всеукраїнської конференції КП(б)У, Наркомздоров'я набагато посилює заходи медсанобслуговування сільського сектора, насамперед, звичайно колективізованого.

Загальні відомості Наводимо тут найголовніші моменти з доповідей, що заслухала колегія НКОЗ, які характеризують теперішній стан медсанупр ви на селі. Дані свідчать про безперечні й помітні зрушення, що є майже в усіх ділянках медсанроботи на селі. Ось деякі з них (дані 1932 р. є ті, що запляновано та забезпечено бюдж том):

	1930	1931	1932
Ліжок у соматичних лікарнях	14623	18283	20468
Поліклініки та амбуляторії	2059	2301	2448
Сезонні пункти першої допомоги	785	1500	5000
Тубдиспансери	28	36	56
Вендиспансери	26	28	38
Очні пункти	—	—	5
Припадає населення на одно ліжко	1941	1390	1240
Окремо по нацрайонах	—	1080	—
Окремо в Донбасі (село)	—	1000	—

Отже, найбільше зростання і ліжкової, і поліклінічно-амбуляторної мережі припадає на 1931 рік, коли це збільшення становило 24,5% щодо ліжкової допомоги та 11,7% — щодо амбуляторно-поліклінічної. Плян 1932 р. передбачає дальше досить значне зростання ліжкової допомоги, причому зростання ліжок стосується насамперед національних та економічно-відсталих районів, яким віддається 45,3% попередньої кількости.

Стан амбуляторно-поліклінічної допомоги на селі висвітлює така таблиця:

ОБЛАСТІ	Полікл.	Амбулят.	Припадає насел. на одну полікл. амбул. установу	1932 р. (плян) Кількість	Насел. на 1 ам. устан.
Київська	34	548	12553	—	—
Винницька	18	350	13380	—	—
Харківська	66	593	9661	—	—
Дніпропетр.	19	339	9727	—	—
Одеська	14	267	9650	—	—
Донбас	—	148	82'5	—	—
АМСРР	—	56	9823	—	—
Україна в цілому	151	2301	10930	120	10520

Щодо спеціяльних видів допомоги, то зуболікарську допомогу розвинуто незначно: у районах суцільної колективізації є лише 316 зуболікарів, до того ж вони є переважно в районних центрах.

Через це саме неможна говорити про те, що цей важливий вид допомоги дійсно наблизили до сільської периферії. 1932 року передбачено коштом УКЦентру організувати 100 нових зубкабінетів у великих колгоспах.

Допомога радгоспам. Не зважаючи на ряд ужитих від НКОЗ та багатьох РЗІ заходів щодо забезпечення сільського сектора медичними кадрами, справа ця стоїть незадовільно, зокрема в радгоспах. Визначеної від сектора кадрів НКОЗ броні в 22 лікарі та 170 лікпомів (це—1931 р.), яких мали відрядити до найбільших радгоспів, геть не цілком здійснили. Незадовільно стоїть справа й щодо відрядження 50 лікарів із випуску 1922 р. для радгоспів. За відомостями, наприклад, Дніпропетровського ОЗВ, наряд виконано на невеликий відсоток.

За неповними даними безпосередньо по радгоспах налічується така мережа:

Пунктів першої допомоги	250
Амбуляторій	45
П. н них ліжок	100
Лікарів мають вони	45
Середнього медперсоналу	300

Якщо взяти на увагу, що на Україні є понад 1000 радгоспів, причому понад 400 мають більше, як по 500 робітників (сезон.), то величина медмережі стане особливо незначною.

Поряд нестачі кадрів і певно недостатньої уваги від органів здоровохорони на місцях щодо складання льокальних договорів (на підставі генральної угоди, що склав НКОЗ із УТЦентром та багатьома с.г. трестами) на медобслуговування робітників радгоспів та приписаних до них колгоспів, ще більшу незадовільність треба констатувати в роботі самих радгоспів, які не забезпечують реалізації зобов'язань на сприяння організації медпунктів, ясел та інш. здоровоохорончих установ, що за договорами мусять бути по радгоспах.

Сільпромсанітарія. Лише недавно Київський інститут патології й гігієни праці спромігся розпочати керівництво обліком сільгосптравматизму (це заведено по 39 районах, в основному по радгоспах) Загалом же цю галузь роботи ще не налагоджено, як слід. Незабаром з наказу Наркома т. Канторовіча відкривають першу промсанстанцію (на взірець медсанцеха на промпідприємстві в Одесько-Миколаївському радгоспі.

Точних даних про існуючі гуртки першої допомоги по радгоспах (а таких є чимало) досі немає.

Охматдит. Останнього часу розгорнуто на селі додаткових 479 пологових ліжок, що становить 40% річного пляну (відомості покищо неповні).

Дуже помітних успіхів дійшли цього року в розгортанні сезонних ясел: уже на початок липня відкрили 18000 таких ясел (понад 50% всієї передбаченої за пляном мережі). Треба тут же визнати, що в ділі якості справа стоїть негаразд. бракує бо кваліфікованого персоналу, а подекуди дає себе почувати відсутність потрібного обладнання. є перебої в постачанні харчових продуктів (переважно дієтпродуктів). Цього року через неуважне ставлення райколгоспспілок до справи відрядження колгоспниць на курси виховательок (курси скрізь організували органи охорони здоров'я спільно з комітетами УЧХ) підготовили лише 23000 виховательок замість потрібних 30000.

НКОЗ видав навесні цього року 50000 пам'яток для завідателів ясел (5000 прим. мовами нацменшостей) і 35000 ріжних плякатів.

Замало зроблено в галузі заходів боротьби з інфекційними та шлунково-кишковими захоруванням. Кількість щеплень проти дизентерії ще не дійшла пляном передбачених цифр.

ОЗДП. Справа ОЗДП на селі дійшла безперечних успіхів; розпочали систематичний медичний огляд усіх дітей і підлітків—школярів, розширено систему видавання гарячих сніданків, посунуто вперед справу запровадження оздоровних заходів серед сільських піонерів.

Із схвалених від колегії багатьох важливих постанов і практичних пропозицій наводимо тут найголовніші:

Облздороввідділи повинні вжити рішучих заходів на вкомплектування сільської мережі належними медробітниками використовуючи для цього всі джерела, в тому числі останні та наступні випуски мед. ВИШ'ів і медтехнікумів, заочників, курсантів, що підвищували свою каваліфікацію, бо переквал фікувалися та інш.

Сектор кадрів надалі повинен всі пересування медробітників із району в район та відрядження на курси заздалегідь погоджувати в облздороввідділами.

Облздороввідділам запропоновано використати решту часу з будівельного сезону, щоб провести й закінчити ремонт лікпрофустанов, віддаючи потрібну увагу і приміщення для хворих, і всім господарчим і допоміжним будівлям (кухні, стайні, паливні та інш).

Пляново-економічне управління НКОЗ та вокрема фінсектор, дістали розпорядження підчас розподілу додаткових асигнувань лінією Цустраху взяти на увагу збільшення радгоспів і МТС, виділивши для медобслуговування їх відповідні кошти.

Водночас мусить продовжуватися, та ще посиленим темпом, робота щодо притягування коштів колгоспів до фінансування справи здоровоохорони на селі та сприяння їй ріжними господарчими заходами.

На поліпшення меддопомоги на селі повинні обертатися всі суми, що надходять з платного медобслуговування згідно з попередніми директивами та інструкціями від НКЗдоров'я (спецкошти).

Колегія особливо підкреслила обов'язок місцевих органів охорони здоров'я притягувати до посиленого медобслуговування села кошти райколгоспспілок, сполучуючи цю роботу із заходами, скерованими на організаційне-господарче зміцнення колгоспів, як про це ухвалила III Всеукраїнська партійна конференція.

Облздоровопвідділи повинні протягом найближчого часу повнотою виявити стан лікувально-профілактичної мережі на селі, перевіривши, що саме виконано з того, на що відпущено бюджетові кошти, з фонду меддопомоги застрахованим. На підставі здобутих певних даних будувати плян здоровоохрони на 1933 рік.

Справу застосування й розширення диспансерних метод роботи облздороввідділи повинні опрацювати на широких нарадах і конференціях сільських лікарів, всіляко збільшуючи обсяг та охоплення колгоспів і радгоспів диспансерними методами оздоровлення.

Колегія опрацювала та схвалила ряд конкретних заходів, скерованих на обслуговування саме радгоспів і колгоспів).

1. Протягом другої половини 1932 р. відряджується 50 лікарів на обслуговування провідних радгоспів і великих МТС.

Дніпропетровський ОЗВ має окремо провести перерозподіл надісланих з останнього випуску лікарів, щоб 10 лікарів напрямили до радгоспів і великих МТС.

2. Щодо середнього медперсоналу, то ОЗВ, виявивши дійсну потребу районів у таких робітниках, повинні їх відрядити терміново до великих МТС і радгоспів, (за виконання цих двох постанов персонально відповідає сектор кадрів НКОЗ, який має подати тривразовий звіт медпрофуправлінню та комісії виконання при колегії НКОЗ).

3. Встановлюється особливо чіткий контроль того, як прибуває відряджений медперсонал до радгоспів і МТС.

4. Окрему увагу приділено медобслуговування робітників найбільшої МТС ім. Шевченка (в якій певну роботу вже провадить виділений від НКОЗ шефкомбінат під головуванням директора сан. бак. інституту).

На будівництво амбуляторії в Шевченківській МТС НКОЗ виділив 35000 крб. за умови спільної матеріяльної участи в цьому будівництві також і адміністрації МТС.

5. Облздоровввідділи повинні протягом місяця відкрити при всіх амбулаторіях, що є на терені радгоспів і МТС, ліжка першої допомоги та пологові (останні по тих радгоспах, де переважає жіноча робсила).

6. ОблЗВ мають протягом 2-го півріччя поточного року відрядити на роботу в великих радгоспах потрібну кількість одонтологів.

7. Сектор кадрів і фінансовий опрацьовують заходи встановлення окремих пільг для медперсоналу, що обслуговує МТС і радгосп , а також спецставок для цього персоналу (ці питання подається до відповідних законодавчих інстанцій).

8. Протягом найближчого місяця НКОЗ висилає ряд бриґад (спільно з НКЗСправ і Тракторцентром) на обслідування стану медобслуговування провідних радгоспів та МТС.

9. Кожний облздоровввідділ повинен мати при обласній базі промсанстанції не менше 5 лікарів, що з них кожний повинен мати певну межу діяльности в сільському секторі (виконання цього забезпечує сектор кадрів НКОЗ).

10. Сектори науки та праці мають протягом місяця перевірити діяльність Київського інституту патології й гігієни праці в справі налагодження обліку сільського-господарчого травматизму та опрацювання заходів широкої профілактики проти нього.

11. Кількість сезонних ясел мусить дійти встановлених від НКОЗ плянових заверстань. Перед НКПостачання порушено питання про те, щоб усім яслам постачили додаткові харчові продукти.

12. Лінією ОЗДП колегія накреслила відкрити протягом 1933 року 100 нових диспансерів ОЗДП при районових поліклініках та 250 пунктів ОЗДП при медучастках.

13. Для фізично слабих дітей утворюється не менше 10 санаторій міжрайонового значення.

14. Організується по 4 (мінімум) пересувні консультації ОЗДП в кожній області.

Із пропозицій лінією санітарно-побутового управління

15. Зміцнити роботу міжрайонних санітарних станцій, надавши їм певну кількість кваліфікованих робітників. Розподіляючи кадри санітарних лікпомів з останнього випуску, відряджувати них таких у сільсько-господарчі райони, насамперед туди, де бракує санлікарів

16. Наркомздоров'я звернувся до Наркомпраці з вимогою підвищити зарплату дезінфекторам і дезінструкторам, виходячи з міркувань дуже важливої роботи цього фаху робітників та потреби всіляко використовувати їхню працю в сільських місцевостях, оболиво віддалених від міських центрів.

17. Щоб забезпечити ляборатрії, що терплять від браку потрібних кадрів, сектор кадрів організовує восени короткотермінові курси для ляборатоних робітників і техніків при санбакінститутах. При інституті удосконалення лікарів передбачено організувати восени курси лікарів-ляборантів та завести викладання ляборатрної методики на курсах терапевтів інфекціоністів і робітників ОХМД.

Усім облздороввідділам запропоновано утворити за прикладом минулого року епідрезерв медперсоналу в складі не менше 50 лікарів та 100 осіб середнього медперсоналу.

18. Посилену увагу запропоновано приділити справі інструктажу. РЗІ та всіх медсанробітників, що в районах, в питаннях попередження інфекційних та епідемічних захорувань, здійснення санмінімуму, організації масової санітарної обробки населення, утворення перепускників, примітивних лазень та інш.

19. У справі інструктажу особливу вагу приділити міжрайонним санітарним станціям, вимагаючи від них повсякденного та посиленого інструктування сільських медробітників та санітарного активу. Облздоровріддiлам запропоновано забезпечити безперебійне фінансування міжрайонних санітарних станцій.

20, Відмічаючи надзвичайно кволу роботу органів охорони здоров'я на місцях в справі організації постійного санітарного активу, бездіяльність т-ва оздоровлення праці й побуту, за умов відсутности будьякої роботи цим напрямком від облздоровввідділів, колегія запропонувала санпобутовому управлінню розгорнути через сектор масових оздоровних заходів відповідну посилену роботу.

21. Поставити за завдання облздоровввідділам перевірити, що зробили на місцях в справі очистки забруднених місць, активізувати запровадження місячників чистоти, охорони джерел водопостачання та накреслити відповідні завдання до поліпшення цієї роботи, віддавши посилену увагу селу.

Облздоровввідділи мають провести масову кампанію в справі будівництва та влаштування примітивних лазень, доводячи контрольні завдання в цій справі аж до окремих районів і сел.

22. Поширити практику прикріплення лікарів до об'єктів також і на сільсько-господарчі об'єкти (колгоспи, радгоспи, МТС, молочно-товарові фарми тощо).

23. Організувати масову перевірку виконання санмінімуму громадського харчування в сільських їдальнях (в соцсекторі).

24. Дбаючи за поліпшення громадського харчування на селі та за найкраще використання усіх ресурсів, в основному додержувати принцип найліпшого забезпечення дитячих ясел, взявши за основу 100% розгортання ясел по радгоспах, сприяючи відкриванню нових дитячих їдалень, видаванню харчопродуктів через дитячі консультації тощо.

2. Розвиток галузі охорони материнства й дитинства.

(деякі підсумки 1-ої та перспективи на 2 п'ятилітку).

Колегія нещодавно детально обговорила доповідь охматдиту про виконання пляну першої п'ятилітки та перспектива розвитку на другу п'ятилітку.

Наводимо тут деякі цифри, що стосуються розвинення роботи протягом років першої п'ятилітки (беремо початок п'ятилітки та кінцевий її рік):

	1928 р.	1932 р.	% зростання
Консультації ОХМ	502	736	46,6
Молочні кухні	143	290	102,8
Дитячі поліклініки та амбулаторії .	37	92	148,6
Будинки хворої дитини	6	10	66,7
У них ліжок	340	588	72,9
Ясельні ліжка (постійні)	8311	108414	1204,5*)
У сезонних яслах (дітей)	43404	1509100	3376,9*)

Колегія визнала, що таких дуже значних успіхів органи охорони здоров'я спромоглися дійти за таких передумов, як могутній розвиток індустріялізації, закінчена в основному колективізація села.

Проте, колегія НКОЗ констатувала водночас, що всеж таки розвиток ОХМД не відповідає темпам розвитку промисловости і індустріяльної і сільсько-господарчої (наприклад, обслуговування робітниць важкої промисловости, крім „Вугілля" ще не дійшло 100%, в легкій промисловості воно становить лише 25% і на селі близько 40%.

Складаючи цифри розвитку ОХМД на другу п'ятилітку, НКОЗ виходив із основних директив партії про втягнення жінок до виробництва маючи водночас на меті найліпше забезпечити робітниць, ще далі посилюючи вже проведені заходи розгортання ясельної мережі, дитячих консультацій, стаціонарної пологодопомоги та інш., охоплюючи ними насамперед робітниць провідних галузей промисловости.

НКЗдоров'я намічає домогтися рішучого зламу в бік зменшення жіночої та дитячої смертности й захорування, не спиняючись на наявних уже чималих досягненнях. Плян передбачає на 100% охопити дітей ріжними видами громадського виховання, піднісши його на певну височінь комуністичного виховання.

*) Кількісне зростання мережі ясел становило для постійних ясел 453,2%, а сезонних 1132,8.—Ред.

Охоплення активною диспансеризацією жінок-робітниць на другу п'ятирічку передбачається так, щоб на кінець її дійти 100% у вугільній, машинобудівельній, металюргійній та хемічній промисловості. а також по МТС і радгоспах.

Пологодопомога і розширення справи надання пологодопомоги передбачається, як цілковите охоплення всіх пологів по містах і промцентрах уже на початку п'ятилітки, а в селах довести до цієї норми на кінець п'ятилітки, поступово щороку збільшуючи її (з 30%, що є тепер, до 100%).

Поряд безперечного зростання житлового будівництва ще залишиться деяка частина залюднених місць з не цілком здійсненою реконструкцією побуту, через що потреба забезпечити робітницю й селянку відповідними гігієнічними умовами на останній період вагітности є досить актуальною.

Мережу будинків матери й дитини (тип такого будинку на 30 матерей і 30 дітей) плян НКОЗ передбачає в 300 на початок і 650 на кінець п'ятилітки.

Для жінок з дітьми до 1 року передбачається організація здравниць з тим, щоб на кінець п'ятилітки охопити ними 50% робітниць важкої індустрії і на 25% — по легкій.

Охорона молодшого дитинства. За найважливішу умову тут править справа втілення жіночої праці, щоб закріпити її на виробництві, а також правильне комуністичне виховування дітей молодшого віку. За основну побутову установу тут, звичайно, правлять ясла. Останні повинні працювати на всі зміни, до того ж не затримуючи жінки вдома навіть тоді, коли дитина хворіє на яку небудь хворобу, як свинка, вітрянка тощо (утворення ізоляторів для таких дітей).

Плян передбачає довести кількість ліжок у постійних яслах для дітей застрахованих жінок до 581.700, з яких на долю провідних галузей промисловости (вугільної, металюргійної. рудної та хемічної) порпадає 71.700 а окремо на Донбас відповідно 50.335 (територ.) і 36449, Щодо МТС і радгоспів, то забезпеченість застрахованих в дит. яслах за пляном на кінець п'ятирічки становитиме 55093 ліжка (з них на степову полосу себ-то Одеську, Харківську, та Дніпропетровську області) припадає 34707 ліжок.

Кількість будинків дитини (ці будинки існуватимуть ще деякий час, щоб виховувати круглих сиріт та підкинутих дітей) зменшуватиметься. Плян передбачає зменшення кількости ліжок для немовлят а 2.000 (1933 року) до 1000 на кінець п'ятилітки, для дітей до 4 років — з 2.000 (1933 р.) до 1200 для хворих дітей)—з 600 до 300.

Спеціяльні види меддопомоги дітям. Тут плян передбачає, щоб уже на кінець 1935 року було 5000 ліжок у кістково-туберкульозних санаторіях, припинивши дальше зростання з огляду на певні перспективи зменшення захорувань на кісткову туберкульозу; далі 379 ліжок у санаторіях для тяжких психоневротиків і 1496 для епілептіків, олігофреніків та інш.

Розвиток консультацій ОХМД передбачено такий, що за нього на кінець п'ятилітки буде 150 консультацій при єдиних диспансерах, 264 в містах та промислових центрах, 754 в райцентрах і сільських місцевостях. Ці консультації лишаються тим первісним осередком, що провадить в основному боротьбу за зменшення дитячої захоруваности та смертности, зокрема щодо шлунково-кишкових захорувань.

Консультації, що при єдиних диспансерах, матимуть розгалужену значну сітку кабінетів в тому числі очну та шкіряно-венеричний. При всіх консультаціях, як правило, мусять існувати молочні кухні. Останні перетворюються на так звані дитячі харчові станції, що відпускатимуть не одні лише молочні та лікувальні мішанки, але також обіди та сніданки та пригодівлі для дітей до 7 років.

Звичайно всю роботу відділків охорони молодшого дитинства і консультацій спрямовується диспансерними методами — (обслуговування здорових і хворих дітей, амбуляторно і вдома).

Щодо лікувальної допомоги дітям, то крім відділків охорони здоров'я молодшого дитинства та консультацій за дальший захід боротьби із смертністю правитиме організація дитячої стаціонарної допомоги, як окремі дитячі соматичні відділки при загальних лікарнях, або ж окремі дитячі стаціонари з відділками для немовлят.

Приріст дитячих соматичних ліжок заверстано розміром 1144 в містах і промцентрах і 1750 на селі.

У галузі технічної реконструкції справи охматдиту плян передбачає краще пристосовання приміщень дитячих консультацій (влаштування веранд для відпочинку та сна на повітрі, технічно-перевстатковані молочні кухні з новішими приладдями, механізацією миття посуду, конвеєри для подавання посуду тощо).

У яслах за невідійману частину їх правитимуть лямпи Баха і Солюкси для опромінювання

дітей (в окремому приміщенні) та інш. інш.

Колегія визнала за правильні настанови пляну ОХМД та визначила, що великі завдання другої п'ятилітки вимагають справді величезних робіт і зусиль в галузі зменшення захоруваности та смертности серед жінок та дітей, це бо є та галузь охорони здоров'я людности, що найбільше сприяє оздоровленню побуту та виховуванню нової комуністичної зміни, нових борців за соціялізм.

До настановлень і передбачень пляну колегія додала ще декілька вказівок на наступну п'ятилітку, як організація по промислових і районних центрах пологових будинків на 100 ліжок, ставлячи завданням на кінець п'ятилітки охопити й сільське жіноче населення стаціонарною пологодопомогою на 100%.

Визнано також за правильну установку сектора охорони материнства й дитинства в справі розвинення дитячих консультацій і в системі єдиного диспансера, і поза його межами з диспансерним охопленням дітей до 7 років.

3. Про розвиток психоневродопомоги на другу п'ятилітку.

На доповідь т. Рохліна в цій справі колегія констатувала, що протягом останніх років, справа психоневродопомоги набула чималого розвитку: є вже значна мережа психоневрологічних диспансерів, а кількість психіятричних ліжок вже перевищила 8.000. Значно зросли психо-неврологічні кадри, поліпшився стан психіятричних лікарень, поліпшилася якість допомоги — і стаціонарної, і амбуляторної.

Поряд цього, не зважаючи на таке зростання, колегія відзначила, що є чимало відставання психоневросправи в розумінні психоневродопомоги порівняно до нинішніх вимог. Кількість психіятричних ліжок ще не дійшла довоєнного часу, ще й досі через велику перевантаженість невідповідними контингентами хворих лікувальна справа по психлікарнях перебуває не на належній височині, надзвичайно відстає, зокрема, справа дитячої психоневрології, майже зовсім не розгорнули такої великої ділянки психоневрології, як психогігієна.

Через це саме психоневрологія забирає в загальній системі радянської здоровоохорони незначне місце. А в тім питома вага психоневрології потрібує значного підвищення у зв'язку із великим зростанням обсягу та об'єктів психоневрологічної компетенції. Поряд цього великої ваги набуває психогігієнічна галузь роботи, що мусить відограти велику ролю в розв'язанні нормативних завдань здоровоохорони на другу п'ятилітку в питаннях психогігієни на виробництві в побуті та інш.

На доповідь колегія ухвалила ряд важливих пропозицій, з яких ми наводимо тут найголовніші:

а) Провести реконструкцію психоневродопомоги на засадах ступенчастого її побудування.

б) Протягом 1933 року розгорнути не менше 10 кабінетів психогігієни при медсанцехах найбільших підприємств, а вже 1932 року організувати два такі кабінети при заходах ДЕЗ і „Більшовик". Водночас розгортається ряд психогігієнічних консультацій для обслуговування населення в побуті.

в) Зважаючи на те, що найрадикальнішою для проведення реконструкції психоневродопомоги є організація психколоній, колегія запропонувала максимально розгорнути мережу таких колоній (переважно на засадах самооплатности).

г) На другу п'ятилітку передбачається мати обов'язково при всіх єдиних диспансерах та поліклініках психоневрологічні відділки для дорослих і дітей. За норму на селі взято обслугування району не менше, як одним психоневрологом.

д) Всім ОблЗВ колегія запропонувала виявляти всі здатні для розгортання колоній приміщення та вже почати підготовну роботу до цього.

Водночас ОблЗВ повинні негайно зайтися навколо справи розгортання на базі існуючих великих соматичних стаціонарів психіятричних відділків для гострих хворих на 25 — 30 ліжок у кожному.

е) Розпочати 1933 р. будування великої психлікарні в Донбасі.

ж) На обслуговування психоневродопомогою груп робітників провідних галузей промисловости за постановою колегії виділяється певні висококваліфіковані установи, де цим групам робітників надаватиметься відповідна допомога.

з) Щоб найбільше забезпечити психоневрологічну мережу кадрами, колегія доручила сектору кадрів організувати 1933 р. два нові психоневрологічні факультети, дбаючи водночас за перекваліфікування максимальної кількости лікарів з психоневрології.

Колегія визнала, що 1933 рік мусить бути переламний в справі піднесення справи психоневрології, через що доручила всім управлінням і секторам НКОЗ максимально забезпечити потреби психоневрології під час розроблювання плянів 1933 року.

4. Про стан і перспективи санкуртної справи на Україні.

Рада Народніх Комісарів УСРР на доповідь НКОЗ констатувала певні досягнення щодо розвинення санкурдопомоги трудящим на Україні:

а) Розширилася мережа ліжок, що вже 1931 року становила 9695 ліжок замість 5920, які були 1930 року.

б) Покращав соціяльний стан хворих: робітники від варстату становили 54,8%, а 1930 р. було лише 40,6%; селян було 12%.

в) Протягом цілого року функціонують уже 1615 ліжок, а 1930 року таких було лише 685.

г) Укркурупр спромігся виявити та освоїти нові курортові місцевості (Шепетівка, Київські лісові масиви, сірчані джерела в Георгієвці, Мохначі, лісові масиви в Коростишеві та інш.).

д) Розгорнено нові харчові бази — засвоєно 3200 га городніх господарств, організовано молочні фарми на 460 корів, свинарники на 500 свино-маток та інш.

РНК визначила водночас, що в курсправі є багато хиб і дефектів, з яких основні полягають ось у чому:

1) У зв'язку з відсутністю водогону й каналізації на деяких курортах санітарний стан незадовільний.

2) Зовнішнє впорядкування курортів теж не на належній височині, бракує автотранспорту.

3) Темпи розвинення власних курортових господарчих баз недостатні (це — щодо городництва, птахівництва).

4) Порівняльно до минулого року погіршала справа постачання курортам від НКПостачу.

5) Ще недосить охоплюється курдопомогою селянство та ще інше.

Своєю постановою Рада Народніх Комісарів запропонувала НКОЗ виправити помічені дефекти та схвалила постанови, скеровані на сприяння дальшому розвиткові санітарно-курортової справи на Україні.

Укрдержплянові запропоновано забезпечити будівництва Слов'янського курорту (що вже наближується кінця) будівельними матеріялами; так само й щодо робіт по приведенню курортів на зимове функціонування. Укрдержплян же має на 1933 рік передбачити відпуск потрібних матеріяльних і грошових ресурсів таким розміром, щоб постачання курортам з їхніх власних господарств доходило 40%.

Наркомпостачання дістав доручення повнотою забезпечити за його нормами, українські курорти продуктами харчування і для хворих і для співробітників курортів.

Поставлено перед відповідними органами Союзу про те, щоб для нотреб курортів відпустили 20 автомашин.

Київська міськрада повинна за постановою РНК УСРР відпустити 500.000 крб. (цю суму міськрада колись зобов'язалася відпустити) на заходи розвинення санкурсправи в Києві та його околицях, зокрема в Міжгір'ї.

Рада Народніх Комісарів визнала ще за потрібне, щоб розширити місцеві санаторії та будинки відпочинку, давши в них більшу кількість місць колгоспному селянству.

5. Про фінансово-господарчий стан установ, безпосередньо підпорядкованих НКОЗ.

Виконуючи постанову колегії, фінансовий сектор і далі провадить роботу по обслідуванню установ, підпорядкованих Наркомздоров'ю.

Остання доповідь, що склав на колегії 23 липня ц. р. фінансовий сектор (цю доповідь колегія визнала за дуже цінну, бо вона викрила повну картину того стану, в якому перебувають установи НКОЗ в Харкові, Дніпропетровському і в Києві), довела, що в діяльності установ НКОЗ є багато неґативних моментів:

а) Бракує заходів запровадження дійсного режиму економії; в багатьох установах порушується бюджетова та кошторисна дисципліна. Не запроваджують в життя шости умов т. Сталіна, особливо щодо ліквідації знеособлення та втілення госпрозрахунку. Бракує інвентаризації матеріяльних цінностей. Є чимало колишньої нестягненої дебіторської заборгованости.

б) Виробничі частини багатьох установ не виконують встановлених промфінплянів, їхнє рахівництво перебуває в неприпустимому стані, подекуди є зайві запаси нереалізованої продукції та сировини.

в) Будинки перебувають в незадовільному стані, немає протипожежних засобів, а тим, часом горища та підвали загрозливі на випадок виникнення пожеж; у віваріюмах через неприпустимий їхній стан гинуть тварини та інш.

г) Установи дуже мало дбають, або зовсім не дбають за поліпшення соцпобутових умов співробітників.

Багато недоліків викрили обслідувачі у таких Харківських інститутах: Венерологічному, Охматдиту (подекуди антисанітарний стан), протозойному (господарчі неполадки, незадовільне переховування цінної апаратури), медичному (спізнення в подаванні грошових звітів, несплата страхових внесків, незадовільний облік майна, окремі випадки марнотратства; за 1932 рік перевитрачено за кошторисом 179.000 крб.).

Негаразд стоїть справа і в Дніпропетровських медтехнікумах (гуртожитки не встатковано, в них бракує багатьох речей першої потреби для пожильців, немає інвентаризації майна. В акушерському медтехнікумі не стягнено заборгованости на 1500 крб. є також випадки марнотратства), в санбакінституті, де немає господарчого та фінансового пляну, не провадять обліку інвентаря тощо.

У Київському інституті патології та гігієни праці майстерні не переведено на госпрозрахунок, дуже мало уваги приділяють питанню договірної роботи, через що, наприклад, в рахунок договірної суми в 21.000 крб. одержано лише 2.750. У штаті є декілька зайвих співробітників. Далі в інститутах ОЗДП та санітарно-бактеріологічному теж не провели інвентаризації майна, бухгальтерія провадиться безпорядково. Ще негаразд фінансово-господарчий стан у Київській психлікарні та в філії інституту ендокринології в Києві.

Довідавшись про такі серйозні порушення фінансової та кошторисної дисципліни, а також санітарно-господарчих правил, колегія ухвалила ряд адміністративних стягань до ряду робітників інститутів та установ, а саме:

а) За хаотичний стан бухгальтерії знято з роботи бухгальтерів Дніпропетровського санбакінституту Пашкевіча та Харківського протозойного інституту Лапіна.

б) За абсолютно незадовільний стан бухгальтерії, за припущення плутанини в фінансових справах, за порушення директив щодо режиму економії оголошено сувору догану з попередженням директору акушерського медтехнікуму в Дніпропетровському т. Левіну

в) Суворої догани дістала завідателька 4-ої філії Харківського інституту ОХМД т. Сіліна

г) За кепський господарчий стан відповідних установ оголошено сувору догану таким помічникам директорів з адмінгоспчастини та завідателям господарства: т. Твердохлібу (Харк. протозойний ін-т), т. Фурманову (Венінститут), т. Левіну (Київська психлікарня), т. Рудічевій (2-й Харківський Педтехнікум).

д) По Харківському медінституту зауважено директорові інституту т. Ловлі та його помішникові т. Сухареву; сувору догану оголошеву кол. старш. бухгальтеру т. Тесленкові та догану кол. старш. бухгалтеру т. Рибакову.

е) За припущення абсолютно незадовільного стану студентських гуртожитків, оголошено догану директорам медтехнікумів у Дніпропетровському т. Вінарову (сангігтехнікум) та Льорману (технікум єдиного диспансера).

ж) За невпорядкування господарства та за незадовільний стан установи оголошено догану директорові 2-го Харківського медтехнікуму єдиного диспансера т. Отеліну.

з) За невпорядкованість бухгальтерії Київського санбакінституту, зауважено директорові інституту т. Гросеру, а також директорові інституту ОЗДП т. Туровій.

і) Оголошено догану пом. директору з адмгоспчастини Київського санбакінституту т. Марцинкевічу.

Одночасно колегія визначила гарний фінансово-господарчий стан таких установ:

а) Фармацевтичного інституту в Харкові,
б) Школи для дітей-психоневротиків в Харкові.
в) Психолікарні в Огріні.
г) Інституту патології та гігієни праці в Дніпропетровському.
д) Дитячого тубсанаторія в Пущі — Водиці.
е) Інституту удосконалення лікарів у Києві.
ж) Туберкульозного інституту у Києві.

Усім керівникам та робітникам цих установ колегія висловила подяку.

Колегія запропонувала усім керівникам установ НКОЗ за їхньою персональною відповідальністю надалі віддати виняткову увагу справі добору фінансово-господарчих та адміністративних кадрів. Водночас запропоновано переглянути наявний штат і усунути тих осіб, що не дають собі ради й не можуть упоратися з покладеними на них обов'язками.

Усім установам колегія визначила жорсткі терміни, щоб усунули вони ті недозволені та ненормальні явища, що спостережено підчас обслідування.

Колегія запропонувала фінсектору і далі продовжити і ще поглибити роботу щодо обслідування всіх підпорядкованих НКОЗ установ, насамперед тих, що є в м. Одесі. Фінсектор має також незабаром перевірити фінансово-господарчу діяльність всіх облздороввідділів, а також опрацювати календарний плян обслідувань районних та міських здоровінспектур і окремих підлеглих їм установ. Водночас колегія запропонувала фінансовому сектору постійно перевіряти, як виконують установи НКОЗ вказівки та пропозиції, що ухвалюються в наслідок попередніх обслідувань. Про всі випадки невиконання сектор має повідомляти наркома для накладання на винних суворих кар аж до зняття з посади. Фінсектору доручено в процесі обслідувань та повсякденної роботи переглядати фінансово-господарчий штат, що обслуговує установи НКОЗ, з'ясовуючи якість і здатність цього апарату.

Для запровадження великої перевірчої та контрольної роботи у складі фінсектора утворено спеціяльну контрольно-інструкторську групу.

Поруч зазначеного колегія схвалила ряд пропозицій облздороввідділам та секторам НКОЗ посилити їхню господарчу та контрольну роботу, щоб остаточно впорядкувати діяльність підлеглих їм установ.

6. Жужельні води доменних печей — на лікувальні потреби.

Свого часу з доручення колеґії поставили в інституті курортології та фізіотерапії досліди придатности жужельних відкидних вод доменних печей на лікувальні заходи та потреби. Пропозиції в цій справі подав робітник доменного цеху заводу ім. Петровського р. Медвінський.

Колеґія визнала (на доповідь заступника директора інституту курортології т. Каневського), що пропозиція т. Медвінського заслуговує на велику увагу. Уже перші наслідки наукового опрацювання справи використання жужельних вод (ці досліди інститут поставив у Маріюполі, Макіївці, Сталіні, Краматорському, Рикові, Кам'янському тощо), а також клінічні та амбуляторні дослідження Дніпропетровського інституту патології й гігієни праці довели, що жужельні води мають деяке терапевтичне діяння, через що їх можна використати в ряді захорувань переважно шкіряних і суглобових.

Проте, взявши на увагу недостатність нагляду за режимом і грануляцією жужелі, до того ж в умовах обмежених і геть неповних клінічних даних про діяння жужельних вод на організм, колеґія висловилася за те, що не час іще ставити питання про масове використання жужельних вод та будувати великі гідропатичні установи для цієї мети. Отже завданням найближчого часу мусить бути поглиблене клінічне та лябораторне вивчення того, як діють жужельні води за ріжних захорувань; через те, що хемічний склад жужелі різноманітний, треба цю роботу поставити одночасно в декількох заводах і в декількох місцях.

Через те, що за основну передумову до практичного використання жужельних вод на лікувальні потреби править належна організація жужельного господарства, колеґія ухвалила просити Наркомтяжпром запропонувати всім установам, що керують справою грануляції жужелі на Україні, урахувати вимогу медико-санітарної організації та влаштувати найближчим часом спеціяльні басейни для зберігання та відстоювання грануляційних вод.

Колеґія відзначила, що інститут курортології та фізіотерапії провадив свою роботу з самого початку, втягуючи ряд професійних. радянських організацій, секцій міськрад, заводоуправління багатьох підприємств тощо. Отже колегія ухвалила поставити перед республіканською терстрахкасою та центральною страхкасою чорної металюрґії так само й перед Укркурупром питання про те, щоб негайно виділити інституту курортології спеціяльні кошти для наукової роботи з використання жужельних вод одночасно на декількох металюрґійних зґводах УСРР.

Тов. Медвінському, робітникові заводу ім. Петровського, за енерґійну та невтомну роботу в справі здійснення ідеї використання жужельних вод колеґія оголосила від імені НКОЗ подяку з видачею грамоти.

7. Сприяти виконанню пляну охматдитроботи

Наркомздоров'я звернувся до голів усіх РВК та міськрад із листом, в якому звертає увагу на незадовільну подекуди реалізацію плянів розгортання установ і закладів охорони материнства й дитинства (пологові ліжка, консультації, ясла, акушерські пункти тощо)!

Райздоровінспектури та міські інспектури охорони здоров'я не дістають належного підтриму та допомоги від радянських, професійних та громадських органів та організацій у цій найважливішій справі, що має сприяти втягуванню жінки в продукційну працю та в промисловість, оздоровлюючи водночас умови зростання та виховання дитинства — наступної пролетарської зміни.

Отже НКОЗ порушив перед головами МР та РВК питання допомоги РЗІ та МЗІ виконати їхні пляни охорони материнства та дитинства наданням приміщень для ясел і консультацій, обладнанням їх, відпуском коштів - матеріялів тощо.

8. Нагороди та премії кращим робітникам

Обслідування роботи Дніпропетровського інституту патології й гігієни праці довела, що в інституті є чітке керівництво; там добре організували науково-дослідну й практичну роботу. Плян виконують своєчасно, пов'язуючи його з потребами й вимогами металюрґійних підприємств. Адміністративно-господарчий та санітарно-технічний стан інституту цілком задовільний".

Нарком охорони здоров'я т. Канторовіч відзначив у своєму розпорядженні досягнення інституту й наказав преміювати директора ін-ту т. Штрума І. Я. сумою 500 крб., заступника директора т. Картмана теж 500 крб. На преміювання робітників ін-ту видано 1000 крб.

9. Вшанування пам'яти т. Покровського М. М.

На подання Наркомздоров'я УСРР секретаріят ВУЦВК'у, шануючи пам'ять видатного ученого та революціонера тов. Покровського М. М. привласнив його ім'я Дніпропетровському інституту удосконалення лікарів.

(Постанова секретаріяту ВУЦВК'у з 16 серпня 1932 р.).

IV. Із досвіду місць

1. ПЕРШІ ВІДОМОСТІ

перебігу роботи по запровадженню Всеукраїнського конкурсу на кращу лікувально-профілактичну установу

(на 25 серпня 1932 р.)

Незалежно від того, що обіжні листи за підписами Наркомздоров'я тов. Канторовіча, та секретаря ВУК'у МСТруд тов. Мілер, разом із докладними інструкціями про запровадження конкурсу надіслано до всіх облздороввідділів, міських і районих інспектур охорони здоров'я в Донбасі, а також до відповідних організацій профспілки медсантруд, Всеукр. конкурсна комісія вирядила ще декілька товаришів на місця, щоб допомогти місцевим орґанізаціям розпочати або розгорнути конкурсну роботу, втягти в неї якнайбільше вартих і показових за своєю роботою лікпрофустанов.

На першу чергу відряджено представників до м. м. Києва, Сталіна, Макіївки, Костянтинівки, Вовчі, Кадіївки, Кремінчуку, Зинов'ївського, Бердянського, Синельникова, Сум та ще інш.

Хоча матеріяли надійшли не з усіх місць, все ж таки з тих, що вже є, можна подати попередні дані про перші кроки роботи.

Разом втягнено до участи в конкурсі 25 лікпрофустанов, з яких дитконсультацій — 6, медпунктів на промпідприємствах — 5, міських лікарень — 7, поліклінік — 6, диспансер — 1.

Ми говоримо „втягнено“ в розумінні того, що прилучення до змагальників провадилося на загальних зборах колективів відповідних медустанов.

Як же поставилися до справи конкурсу колективи медробітників?

Треба зазначити, що колективи скрізь поставилися надзвичайно гарячо та уважно, усвідомивши велику вагу та значення конкурсу. Протоколи загальних зборів колективів містять у собі повну готовість ретельно зібрати матеріяли, що доводять показову або зразкову роботу установ, підставність конкурування та домагання премії в конкурсі. Деякі колективи не обмежилися цим, але виставили ще від себе додаткові пункти та зобов'язання посилити роботу найближчим уже часом або провести додаткові заходи поліпшення медично-санітарної допомоги робітникам і селянам в дусі директив партії та уряду.

Наводимо тут деякі приклади:

1. Колектив Зинов'ївської робітничої лікарні вирішив змагатися не просто за премію, а **за першую премію**, щоби зберігти звання найкращого колективу та установи на Україні, як це відзначила на кінці минулого року колегія Наркомздоров'я, нагородивши цей колектив червоним прапором та преміями. Цей колектив висунув зустрічний плян із додатковим зобов'язаннями, як організація профілакторія для хворих, що видужали та виписуються з лікарні, організація патронажного нагляду за такими товаришами, посилення зв'язку лікарні з заводом Червона Зоря та інш.

2. Колектив Кремінчуцької лікарні зобов'язався ще піднести рівень та інтенсивність навчання провести заходи саносвіти серед селян, що відвідують амбуляторію, відкрити заїжджий двір для селян, що звертаються до лікарні, взяти шефство над одною з периферійних медустанов, провести ряд заходів, скерованих на поліпшення матеріяльно-побутового стану робітників, зокрема фахівців, що працюють у лікарні. Колектив зобов'язався організувати приставку тих, що видужали, лікарняною автомашиною додому.

3. Колектив синельниківської лікарні, взявши на себе зобов'язання повнотою прилучитися до конкурсу та подати всі належні вичерпні матеріяли про роботу лікарні, викликав на змагання Михайлівську лікарню.

4. Усі без винятку колективи поклали на себе зобов'язання провадити всю роботу ударними темпами, застосовуючи соціялістичні методи роботи.

Неможна, проте, сказати, що збори проходили лише за урочистих промов та обіцянок: цього не прагнули представники НКОЗ та ВУК'у спілки а також і самі учасники зборів. Навпаки, урочиста частина забрала надто малу частину зборів, що проходили скрізь в суто діловому тоні. Усі постанови про прилучення до конкурсу ухвалили одностайно.

На деяких зборах медробітники досить активно зачіплювали питання дальшої раціоналізації роботи медсанустанов, говорили про потребу справді близько підійти до інтересів обслуговуваного виробництва. Тут же на зборах викривали чимало дефектів, що є в роботі установи.

Від рай та міськздоровінспекторів і профспілкових організацій ставлення було не скрізь однакове. Ось, наприклад, донбасівські установи охорони, одержали обіжні листи НКОЗ та ВУК цілком своєчасно, а в тім до приїзду представника НКОЗ нічого не зробили на організацію конкурса, дехто з РЗІ поставився сухо та подали лише „моральну“ допомогу (звичайно, після деякої „розкачки“ лід розтав, і робота посунулася жвавіше). Так само було і з деякими профспілчанами: тоді, як тов. Кутузов (Кадіївка) справді активно зайнявся всією справою конкурсу, справді допоміг організувати справу, зумів притягти увагу активу та звичайних спілчан, так само добре поставились до роботи і т. т. Кузьменко та Медведев у Макіївці, Костянтинівські профспілчани та в Зинов'ївському (тов. Кулічков) підійшли до справи із холодком та були дуже інертні, принаймні на перший час.

Сприятливо поставилися до нашої роботи щодо конкурсу редакції місцевих газет; і «Соціялістичний Донбас» (Сталіне), і „Соціялістичний наступ“ (Зинов'ївське), і «Кадіївський Пролетар», і «Робітник Кремінччучини» та ще інші, відразу ж виділили своїх представників до місцевих конкурсних комісій, обіцяли дати досить місця дописам про роботу медсанустанов, що беруть участь у конкурсі, а також про перебіг самого конкурсу. Щоправда, довелося заспокоювати деякі редакції, що, мовляв, місцеві конкурсні комісії не дуже часто турбуватимуть представників редакції викликами на засідання тощо.

За важливий момент проведеної серії загальних зборів треба визнати конкретність їхніх постанов, в яких точно зазначено найближчі заходи щодо включення в конкурс, визначено відповідальних за це осіб, виділено робкорів, що висвітлюватимуть у газетах і часописах перебіг

конкурсу та виконання колективом покладених ним зобов'язань у зв'язку з оголошеним конкурсом.

Початок зроблено, початок, здається, непоганий. Тепер слово за медробітниками щодо дальшого розширення кола та лав учасників конкурсу, а головне, за облздороввідділами, РЗІ та МЗІ в справі дальшої популяризації всієї роботи, доведення її аж до низових ланок нашої мережі, щоб найбільше включилося в конкурс з найліпших і показово працюючих установ та щоб нарешті додержано було встановлені терміни подання потрібних матерів визначеним інстанціям, а Всеукр. конкурсна комісія щоб мала змогу теж свого визначеного часу розглянути поданий матеріял і присудити найліпшим установам і робітникам заслужені ними премії та нагороди.

2. Справді показова робота

Недалеко міста Могилева-Подільського (10-12 кілометрів) є містечко Яришів, що має невелику порівняно лікарню на 15 ліжок та амбуляторію із зубним кабінетом. Завідательниця лікарні та амбуляторії лікарка т. Єнчова Теодорина Миколаєвна працює вже 26 років на селі, в тому числі 25 років в Яришеві, фактично своєю енергією та невтомною працею організувала згадану лікарню, бо на час приїзду її в Яришові була поганенька фельдшерського типу амбуляторія на 2-3 кімнати.

Тепер у лікарні панує чистота й порядок по всіх відділках, у роботі — виняткова чіткість і раціонально розстановлено невеликий звичайно кадр медперсонала. Останній працює надзвичайно сумлінно, додержуючи трудову дисципліну, ставлячись ощадно та бережно до майна всього інвентаря лікарні.

Плинність медперсоналу цю болячку багатьох наших медустанов, тут вижито зовсім розумним заходами, сполученими з інтересами колективу співробітників та виробництвом-господарчими завданнями лікпрофустанови. Є власна їдальня з дуже поживними стравами, до того добре й смачно виготовленими: обід коштує 40—80 коп. (плата змінюється в цих межах залежно від заробітку столовника. Увесь персонал забезпечено кватирами та іншими життєвими вигодами.

Треба ще додати, що справа підвищення кваліфікації медперсоналу вважається за цілком першорядну, і молодший персонал систематично навчається, готуючись на середній персонал.

Нема нічого дивного, що за таких обстанов плинности персоналу немає, а ставлення до роботи скрізь найкраще.

Ось окремі приклади, які геть не вичерпують того, що справді провадять яришівські медробітники:

1. Багато частин роботи амбуляторії та лікарні пов'язали з роботою суміжних колгоспів на засадах взаємного найкращого та доцільного пристосування роботи (години прийому, постачання робсили, швидка допомога та інш.).

2. Увесь медперсонал, починаючи з самого головлікаря, прикріплений до певних об'єктів у межах дільниці, де справді провадить постійну роботу по обслуговуванню колгоспників і решти трудового селянства.

3. Лікарня та її персонал багато дбають за те, щоб мати в установі певну господарчу базу, що має полегшити господарювання а головне — це поліпшити харчування хворих, їхнє обслуговування тощо. Отже, запроваджуючи в установі указівки тов. Сталіна про госпрозрахунок, медперсонал на чолі з д-ром Єнчовою спромігся встаткувати невеликий сад, город, земельне господарство, лікарня має декілька власних свиней, корову, вівці.

4. Персонал лікарні віддає чимало уваги місцевим дитячим яслам та дитмайданчикові, спромігшись зосередити приятливу увагу колгоспників до ясел, яким вони охоче постачають всі потрібні прудукти та речі обладнання.

Треба ще додати, що ставлення до хворого, який звертається до установ м. Яришова, найкраще: хворих регулярно купають (без ґрунтовного обмивання жодний не потрапить на койку), регулярно ведуть історію хвороби кожного хворого.

І не дивно, що за таких умов персонал, особливо д-р Єнчова, користують з гарного авторитету і серед селянства, і серед решти медперсоналу, і серед представників влади.

Народній комісар охорони Здоров'я тов. Канторовіч, довідавшись про показову роботу т. Єнчової та всього персоналу лікарні й амбуляторії, висловив подяку колективу Яришівської лікарні, а завідательку преміював грошовою премією сумою 500 карб.*)

*) Див. попереднє ч. бюлетеня. *Ред.*

V. Об'яви та оголошення.

1. ПРО ЗАМОВЛЕННЯ НА НАОЧНІ ПРИЛАДДЯ З АНАТОМІЇ

Кременчуцький Медичний учбово-виробничий комбінат (на базі лікарні) приймає замови на виготовлення наочних приладь з анатомії (остеології).

Комбінат має великий вибір готових черепів та окремих кісток. Кістяки (скелети) людини виготовлюються за замовленнями установ.

Ціни на зазначені приладдя загально приступні.

Замовлення подавати на адресу: м. Кременчук, Медкомбінат (колишня радлікарня).

Дирекція комбінату

2. ПРЕПАРАТ „Я К С"— ЗАСІБ БОРОТЬБИ З ШЛУНКОВО-КИШКОВИМ ЗАХОРУВАННЯМ У ДІТЕЙ

Наркомздоров'я та Всеукр. Аптекоуправа подають до відома всіх обласних відділів охорони здоров'я, міських і районних здоровінспектур, МСУ нових будівництв, органів здоровоохорони на транспорті, НКОЗ АМСРР, що всім філіям ВАУ надсилається новий препарат ЯКС (сухий ячневий слизовий відвар із цукром та без цукру), як лікувальний засіб боротьби з дитячими шлунково-кишковими захоруваннями.

Щоби забезпечити правильне та раціональне використання цього препарату для консультацій, що видаватимуть його дійсно хворим дітям, треба органам охорони здоров'я подати відповідним філіям ВАУ вказівки, яким саме консультаціям та якою кількістю надсилати „ЯКС".

На підставі цих вказівок філії постачатимуть відповідним аптекам цей препарат на задоволення першою чергою вимог консультацій. Аптекам дано вказівки, що вільно відпускати „ЯКС" за рецептами лікарів можна лише з решти препарату, що залишиться після забезпечення ним консультацій.

Керівник сектора ОХМД НКОЗ *Федотова*

Керівник ВАУ *Пельц*

3. Київський медичний інститут (бульвар Шевченка № 13), оголошує конкурс на заміщення вільних посад:

а) 1 штатний професор—зав. катедри з загальної гігієни.
б) 1 штатний професор—зав. катедри з психіятрії по лік. проф. факультету.
в) 4 штатні асистенти: з біології, фізіології, фармакології, загальної гігієни.
г) 1 погодин. асистент: з психіятрії по лік. проф. ф-ту.

Термін конкурсу до 5 жовтня 1932 р.

До заяви треба подати життєпис, список наукових праць, документи про попередню службу та громадську роботу.

КУРОРТИ ПОТРЕБУЮТЬ ЛІКАРІВ

Українська курортова управа запрошує лікарів на постійну посаду для роботи на українських курортах, починаючи з 1 квітня 1932 р. Умови роботи — залежно від кваліфікації. Потрібні лікарі таких фахів: терапевти, невропатологи, фізіотерапевти, ляборанти, саносвітники тощо. Заяви з відповідними довідками, про стаж роботи треба подавати на таку адресу:

УКРКУРУПР, ГОРЯЇНІВСЬКИЙ ПРОВ. № 12 — МЕДСЕКТОР.

САНОСВІТЛІТЕРАТУРУ ПО АПТЕКАХ, КРАМНИЦЯХ, КІОСКАХ СИСТЕМИ ВАУ

До всіх облздоровввідділів, до всіх будинків санкультури. Копія ВАУ

На підставі постанови комісії виконання при НКОЗ (протокол № 7), доручається санкульторганізаціям систематично стежити, щоб в усіх без винятку аптеках, крамницях, кіосках санітарії й гігієни системи ВАУ, провадився продаж масової санітарно-культурної літератури.

Сектор санкультури й сантехпропаганди.

ПОВІДОМІТЬ ПРО АДРЕСИ

1. Наркомздоров'я просить повідомити місце перебування лікаря випуску 1931 р. тов. **Ходоровського Олексія Івановича.**
2. Сектор кадрів НКОЗ просить повідомити місце перебування та адресу служби лікаря **Радзіховського Б. Л.**

МЕДРОБІТНИКИ! Передплачуйте позику санкультури!

РЕДКОЛЕҐІЯ: **С. І. Канторович** (відповід. редактор), **О. О. Єфімов** (заст. редактора), **А. Л. Залкінд** (відповідальний секретар).

ДВОУ УПП 7 друк. ім. Фрунзе. Харків, Донец-Захарж., 6. Головліт 888. Зам. 1357. Прим. 6.500. $2^1/_4$ друк. арк. В 1 друк. арк. 107 100 зн. Формат пап. 72×110. Здано до складання 28-VIII-32 р. Підписано до друку 21-IX-32 р.

ПРОЛЕТАРІ ВСІХ КРАЇН, ЄДНАЙТЕСЯ

БЮЛЕТЕНЬ

НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

РІК ВИДАННЯ 8-й

Редакція: Наркомздоров'я УСРР, Харків, Буд Держпромисловости 6-й під'їзд, 4 поверх

№ 18-19	ВЕРЕСЕНЬ-ЖОВТЕНЬ 1932 року	№ 18-19

ОГЛАВ

I. Листи Наркомздоров'я до всіх медробітників України.

а) Розгортаймо санітарно-культурну роботу серед найширших мас трудящих!
б) Про заходи поліпшити побутові умови медперсоналу.

II. Офіційна частина. Організаційна частина. 169. Про збільшення асигнувань на справу здоровоохорони, зокрема на ремонт та встаткування. 170. Про зменшення націнок на перев'язний матеріял. Кадри. 171. Нові ставки зарплати для середнього медперсоналу. 172. Про оподаткування лікарів. 173. Про сприяння заочному навчанню. Охматдит. О. З. Д. П. 17. Організація боротьби з дитячим каліцтвом (додано уставу про дитячий ортопедичний профілакторій). 175. Про перевірку стану дитячих ясел при цукрових заводах. 176. Про санітарний мінімум дитячих садків. 177. Про розгортання зимової оздоровної роботи серед дітей шкільного віку та підлітків. Лікувально-профілактична частина. 178. Про медико-санітарну допомогу науковим робітникам СРСР (постанова РНК СРСР). 179. Про обслуговування робітників зв'язку. Оздоровлення побуту. Попередження розвитку пошесних захорувань. 180. Перевірити санітарний стан шкіл. 181. Про участь школи та школярів у кампанії деревонасаджень. 182. Інструкція, як вживати лікувальних сироваток. 183. Про замовлення деталей і частин до лазнево-пральних установок. Сантехпропаганда і санкультура. 184. Забезпечити сантеатрам безперебійну роботу.

III. Із діяльности Наркомздоров'я, його управлінь і секторів. 1. Про підготову кадрів організаторів охорони здоров'я. 2. Розширення Всеукр. Інституту охорони здоров'я. 3 Нагородження винахідників фотогастрографа. 4. Показова плянова робота одеського бальнеологічного інституту. 5. Кумисолікування на Україні. 6. Сувора догана інспекторам охорони здоров'я, що не переказали коштів на заочну медосвіту.

IV. Із досвіду місць. 1. Короткі зведені відомості про стан шефства промпідприємств над медсанустановами та останніх над низовою периферією та колективізованим сектором села. 2. Зінов'євська роблікарня і далі поліпшує побутові умови своїх робітників.

V. Об'яви та оголошення. 1. Бюро проєктування та консультації при Дніпропетровському ін-ті охматдит. 2. Нові медичні приладдя та препарати.

УВАГА!

Через технічний недогляд друкарні в бюлетені № 16-17 на останній сторінці припустили помилку:

Список редколегії бюлетеня помилково вміщено в одній рямці з об'явами та повідомленнями, тоді як його належало винести за рямку і вмістити в кінці останньої сторінки.

Редакція додає, що в редагуванні цього нумера обов'язки заст. редактора виконував не тов. **Єфімов О. О.**, а тов. **Каган С. С.**

Редакція

I. Листи Наркомздоров'я до всіх медробітників України

1. Розгортаймо санітарно-культурну роботу серед найширших мас трудящих!

(Лист Наркома охорони здоров'я тов. Канторовіча до всіх лікарів і середнього медперсоналу УСРР)

Шановні товариші!

Неоднаразово доводилося говорити про те, що завдання, які стоять перед нами в галузі здоровоохорони в світлі рішень XVII-ої партійної конференції та ряд директив провідних органів, можна виконати лише за найбільшої участи буквально всіх трудящих нашої країни.

А в тім цієї істини, що лише за допомоги та під контролем самих трудящих можна правильно побудувати охорону здоров'я, наблизити справу медично-санітарного обслуговування трудящих до виробництва, що лише за активної участи робітниче-колгоспного активу можна справді забезпечити поліпшення й раціоналізацію роботи наших лікувально-профілактичних установ, — цієї істини значна більшість наших медично-санітарних робітників нажаль достатньою мірою не усвідомили.

Особливої ваги це набуває в галузі масової санітарної культури. Адже кожному зрозуміло, що немислимо творити культурну революцію, реконструювати побут, ліквідувати масові епідемічні захорування, різко поліпшити якість роботи органів охорони здоров'я, не ліквідувавши санітарної та санітарно-технічної неписьменности населення, не розгорнувши роботи щодо прищеплювання санітарно-гігієнічних навичок широким верствам трудящих, особливо в соціялістичному секторі села. А в тім, безліч цілком чітких директив Наркомздоров'я в галузі розгортання будинків санітарної культури, райсаносвітбаз, санітарно-гігієнічних консультацій, виставок, в справі радіофікування всієї нашої мережі, вказівок Наркомздоров'я про санітарно-освітню роботу в поліклініках, по єдиних диспансерах, клюбах тощо, — цього, як довело обслідування більшости районів України, місця не виконують або виконують надто кволо та безсистемно.

Ми не використовуємо ініціятиви та настійности мас, щоб поліпшити та вдосконалювати нашу роботу.

Надаючи винятково важливу вагу ролі самодіяльности в справі охорони здоров'я, ЦК КП(б)У та Раднарком України ухвалили створити єдине товариство оздоровлення праці й побуту, на яке поклали всю роботу щодо притягування широкого робітниче-колгоспного активу до запровадження масових оздоровних заходів. Відповідно цьому Наркомздоров'я й ЦК Т-ва оздоровлення праці й побуту склали місцям цілком чіткі вказівки про громадських санітарних уповноважених, про інститут прикріплених лікарів, розгортання осередків товариства на периферії по цехах, клюбах, житлокоопах, школах, в соц. секторі села тощо. Цих вказівок місця не тільки не реалізують, але, я сказав би, значна частина медико-санітарних робітників ставиться до цих питань щонайменше байдуже. Найбільше ж вражає те, що максимальну недбалість у цій справі проявляють райздоровінспектори, які, здавалося б, повинні особливо цікавитися розвитком цих товариств, щоб їхньою допомогою ще більше піднести рівень здоровоохорони в районі.

Бойовим завданням натепер є для нас масові оздоровні заходи, які, звичайно, можна цілком реалізувати лише за участи самих мас.

Нещодавно я був у Винницькій та Дніпропетрівській областях. У багатьох районах, особливо ж по селах, питання примітивних лазень, пралень, їдалень, фізкультурних майданчиків, примітивних будинків відпочинку з використуванням місцевих кліматичних чинників, — на цей день це ряд нерозв'язаних проблем. Наведені тут заходи не вимагають значної кількости матеріялів, не потрібують великих витрат. За активної впертої роботи їх можна успішно реалізувати.

Проте, кволе притягування робітниче-колгоспного активу до оздоровної роботи, відсутність ініціятиви та опортуністична байдужість де в кого з наших керівників здоровоохорони та окремих робітників гальмують цю велику, надзвичайно корисну та потрібну справу.

Товариства оздоровлення праці й побуту на місцях не почуваються. Актив до роботи вони не притягують, а масові оздоровні заходи реалізують дуже мляво.

Ось у с. Жванці на самому кордоні, є лазня, але вона не функціонує, бо потрібує, невеличкого ремонту вартістю 100—150 карб., і довелося втрутитися Наркомздоров'ю та ЦК Українського Червоного Хреста, щоб зрушити це питання з мертвого стану. А хіба медично-санітарна організація не спроможна була сама дати собі раду та впоратися із цією справою? Таких прикладів можна навести чимало.

Аджеж тільки недбалістю, абсолютною байдужістю можна пояснити те, що в Луганському, де є міцна санітарно-культурна організація, непоганий склад медично-санітарних робітників, Т-во оздоровлення праці й побуту майже зовсім не розгорнуло своєї роботи, спостерігається абсолютна бездіяльність в галузі мобілізації мас на виконання рішень партії в здоровоохорончій галузі.

Таку саму картину можна бачити також і в Артемівському, де є солідна медично-санітарна організація, будинок санітарної культури, наочні приладдя, за одне слово, є всі дані, щоб розгорнути велику санітарно-культурну роботу, але брак ініціятиви в багатьох товаришів, байдуже ставлення від лікарів та середнього медперсоналу до справи санітарної культури, — це гальмує ліквідацію санітарної неграмотности та розгортання самодіяльности в галузі здоровоохорони.

Поряд цього маємо такі позитивні явища, як-от у Запоріжжі та на Дніпробуді, де будинки санкультури розгорнули велику роботу, хоч і недостатні там кадри медично-санітарних робітників.

Повертаюся знову таки до саносвіти. Я писав про це декілька разів. Санітарно-культурна організація України останнього часу набагато зросла та зміцнилася. Видно, що товариші дбають за піднесення справи агітпропу здоровоохорони та бажають піднести самодіяльність мас на принципову височінь, але самі вони без вашої, товариші медробітники, активної та систематичної допомоги не впораються із цією справою. Треба їм серйозно та ґрунтовно допомогти.

Справа санітарної культури, справа розгорненого санітарно-гігієнічного виховання будівників безклясового соціялістичного суспільства мусить стати справою чести кожного медично-санітарного робітника. Цей перелам ми мусимо створити негайно, треба забезпечити масові лекції, бесіди, вистави, плякати, гасла, санітарні театри, щоб це все діяло в справі розгорнення санкультурної роботи, треба ліквідувати санітарну неписьменність є допомоги політосвітньої мережі, лікнепів, курсів, гуртків та масових робітничих університетів.

Нам треба піднести якість нашої агітаційно-пропагандистської роботи на рівень завдань бойової політичної агітації. Треба нам максимально використати кіно, радіо, пресу, буквально всі методи саносвіти, щоб уже найближчим часом остаточно й назавжди покінчити із санітарно-культурною та санітарно-технічною неписьменністю населення. Треба ввімкнутися в роботу будинків колективіста, організувати в них кутки саносвіти, здорової праці та побуту. Треба забезпечити всі клюби, всі абсолютно будинки колективіста, хати читальні популярною саносвітньою літературою. Це все має для нас виняткову вагу.

Сподіваюся, що кожний робітник продумає це моє звертання й зробить відповідний висновок для себе — активного робітника країни будованого соціялізму.

Народній Комісар охорони здоров'я України **Канторовіч**

2. Про заходи поліпшити побутові умови медробітників

(Лист Наркома охорони здоров'я тов. Канторовіча С. І. до всіх обласних здоровввідділів, міських і районних здоровінспектур).

Плинність медперсоналу в лікпрофустановах дійшла великих розмірів, особливо середнього та молодшого. Пояснюється це насамперед надзвичайно неуважним ставленням до всіх директив про поліпшення матеріяльно-побутових умов медробітників, які ввесь час складав і складає НКОЗ.

Наркомздоров'я тисячу разів писав про потребу розгорнути велику мережу їдалень, зачинених розподільників, про потребу прикріпити найвідповідальніший адмінтехперсонал до окремих медустанов, систематично видаючи їм пайки за повними нормами.

НКОЗ неодноразово писав про потребу найрішуче боротися із знеосібкою, виділяти ударників, висувати, просувати таких, преміювати їх, збільшити їм зарплатню, поліпшити їхні побутові умови.

НКОЗ, нарешті, багато разів писав про потребу розгорнути допоміжні господарчі підприємства, сільсько-господарські в першу чергу (городництво, тваринництво тощо), щоб поліпшити насамперед матеріяльно-побутові умови робітників.

Поруч цього треба спільно із профорганізаціями провадити заготівлю овочів і всього, що треба для поліпшення побутових умов медперсоналу.

Однак, обслідування ряду районів довели, що майже нічого цим напрямком не роблять. В наслідок виникає велика плинність.

Я найрішучіше й найкатегоричніше настоюю на тому, щоб, користуючись усіма можливостями, що є в Вашому розпорядженні, користуючись економією по лікпрофустановах, організацією допоміжних господарств та переведенням осінніх заготівель, домагаючись одержання потрібних для цього авансів та кредиту,— негайно розгорнути максимально можливими маштабами усі заходи, що дадуть нам змогу поліпшити побутові умови робітників, отже, й покінчити з їхньою плинністю.

Треба, нарешті, зайтися навколо організованого вербування потрібної нам робітничої сили з колгоспів.

Треба поруч цього широко розгорнути виробниче навчання й широко реалізувати всі заходи, як от: надавати наукові відрядження, прикріплювати до окремих лікустанов для підвищення кваліфікації, забезпечувати участкову мережу медлітературою, систематично відряджувати спеціялістів на місця для читання лекцій тощо, про це також неодноразово писав НКОЗ.

Прошу обов'язково дати мені в найкоротший термін відповідь на цей мій лист. Відповідь повинна бути цілком конкретна, в ній треба зазначити, що фактично робиться і що фактично передбачають зробити в цій справі місцеві органи охорони здоров'я.

Наркомздоров'я УСРР **Канторовіч**

(Лист з 20 вересня 1932 року)

II. Офіційна частина

ОРГАНІЗАЦІЙНО-ГОСПОДАРЧА ЧАСТИНА

169. Про збільшення асигнувань на справу охорони здоров'я, зокрема на ремонт та встаткування

До всіх облздороввідділів. Копія НКОЗ АМСРР

Затверджуючи контрольні числа місцевого бюджету на 1932 рік, НКФ встановив на справу охорони здоров'я дуже обмежені ліміти.

Встановлених лімітів по деяких районах недосить на операційні видатки по утриманню існуючої мережі установ. На запровадження поточного ремонту, встаткування нових медустанов та дообладнання їх майже зовсім не відпущено певних асигнувань (за контрольними числами).

А в тім обстеженням медустанов районів встановлено, що майже всі будинки потрібують капітального ремонту, в них недосить інструментарія, м'якого й твердого реманенту.

Райздоровінспектури повинні вжити рішучих заходів перед президією РВК'у або міськради, щоб одержати додаткові кредити на ремонт медустанов та їхнє встаткування, що можна здійснити, провівши аналізу виконання бюджету за перше півріччя 1932 р

По закінченні першого півріччя, фінчастина РВК'у або міськради звичайно аналізує виконання бюджету, причому встановлюється передбачувані перевищення прибутків проти запроектованих сум за контрольними числами та вільні кредити. На передбачувані перевищення прибутків та вільні кредити складаються додаткові кредити на першочергові потреби району.

Ось чому НКОЗ просить облздороввідділи дати вказівки здоровінспектурам опрацювати плян додаткових, першочергових видатків на охорону здоров'я взагалі, а зокрема на ремонт та обладнання, погодити цей плян із президією РВК'у або міськради та домагатися відпустку цих коштів у рахунок додаткового кошторису.

Наркомздоров'я **Канторович**

Керівник фінсектору НКОЗ **Довбищенко**

(Об. розп. НКОЗ з 8 вересня 1932 р. № 5236-394)

170. Про зменшення націнок на перев'язний матеріял

Фінсектор Наркомздоров'я подає до відому всіх органів та установ, підпорядкованих НКОЗ, що за постановою Раднаркому УСРР з 17 травня 1932 року № 738, марлю, бінти та стерильний матеріял з 1 травня відпускається покупцям з єдиною податковою націнкою розміром 10% замість колишньої націнки в 243%.

Всеукраїнська Аптекоуправа (див. листи №№ 2—21—12 та 2—15—13 з 2 липня липня 1932 р., а також бюлетень ВАУ № 22 з 20 липня 1932 р.) запропонували всім своїм філіям провести відповідні перерахунки з медично-санітарними установами за марлю відпущену після 1 травня.

Органам та установам охорони здоров'я треба перевірити правильність порахунків відповідно до вказівок, що склала ВАУ.

Керівник фінсектора **С. Довбищенко.**

(Об. лист № 5014—390 з 8 вересня 1932 р.).

КАДРИ

171. Про ставки заробітної платні медичним робітникам *)

(Постанова НКПраці УСРР з 17 липня 1922 р. № 50)

На підставі постанови РНК УСРР з 4 червня 1932 р. № 772-4, НКП УСРР постановляє:

1. Внести такі зміни в схему складів, що її затверджено за постановою НКП УСРР № 7 з 19 лютого 1632 р. (Вісті НКП УСРР № 7 1932 р.) *для середнього медперсоналу.*

II. Наведені схеми окладів переводяться в життя в межах асигнувань на охорону здоров'я за республіканським і місцевим бюджетами 1932 р. і для інших медустанов (Червоний Хрест, фонд меддопоги, медустанови транспорту, тощо) — в межах бюджету, що його затверджено відповідними вищими органами.

III. Ця постанова набуває чинности з 1 липня 1932 року.

IV. В останньому постанова НКП УСРР № 7 з 19 лютого 1932 р. залишається без змін.

Заст. Наркомпраці УСРР **Худокормов.**

172. Про оподаткування — лікарів.

(Обіжник НКФ УСРР з 20 квітня 1932 р. № 09. Н. Т.).

Низкою попередніх вказівок НКФ УСРР вимагав від фінорганізацій — обережного підходу під час оподаткування лікарів і цілком обґрунтованого визначення їхніх прибутків для оподаткування податком.

Проте, за відомостями НКФ УСРР, подекуди, оподатковуючи ц. р. фактичні прибутки лікарів за 1931 рік, фіноргани допустили ряд перекручень і свавільне та необґрунтоване визначення прибутків.

Отже, стверджуючи попередні вказівки та здійснюючи директиви ЦК КП(б)У з цього питання, НКФ УСРР дає такі категоричні настановлення.

1. Забороняється встановлювати прибутки лікарів, поширюючи на цілий рік (або на коротший термін) визначений нормативно прибуток за місяць, тиждень тощо.

2. Як правило, за найголовнішу підставу визначення прибутку лікарів треба брати їхні покази в подаваних декляраціях, і всілякі корективи запроваджувати тільки за наявности абсолютно доведених конкретних матеріялів. Поруч цього треба домогтися такого стану, щоб надалі основним джерелом оподаткування лікарів мати їхні власні покази.

3. Визначаючи розмір прибутку, брати на увагу навантаження лікарів роботою в наймах, громадськими обов'язками тощо.

4. Обов'язково цілком ураховувати виробничі витрати і, зокрема, витрати, поєднані з підвищенням кваліфікації.

*) Див. стор. 370—71. Ред.

Назва посади	Місячний оклад в карбованцях		
	I пояс	II пояс	III пояс
Середній медичний персонал			
1. Фельдшери та медтехніки здоровпунктів пункт першої допомоги), що при підприємствах, на новобудівлях, на шахтах, на залізничому та водному транспорті, фельдшери та медтехніки медсанцехів	110, 120. 130	85, 95, 105	80, 90, 100
2. Фельдшери та медтехніки, помічники санітарних лікарів (крім зазначених в п. 3) . .	115, 125, 135	90, 100, 110	85, 95, 105
3. Фельдшери та медтехніки, помічники санітарних лікарів, що працюють самостійно (без лікарів)	130, 140, 150	110, 120, 130	105, 115, 125
4. Фельдшери медтехніки та інструктори дезинфекції та технічні лаборанти	115, 125, 135	90, 100, 110	85, 95, 105
5. Фельдшери та медтехніки санітарних організацій	105, 115, 125	80, 90, 100	70, 80, 85
5а. Фельдшери та медтехніки допомоги в домах і препаратори . .	100, 110, 120	75, 85, 95	70, 80, 85
6. Фельдшери та медтехніки, що працюють в бактеріологічних та оздор. гігієнічних лябораторіях і станціях .	100, 110, 120	80, 90, 100	75, 85, 90
7. Фельдшери та медтехніки пошесних загонів	105, 115, 125	80, 90, 100	80, 90, 100
8. Фельдшери, лябораннти не лікарі й медтехніки протичумних загонів, станцій та лябораторій	135, 150, 160	125, 135, 150	125, 135, 150
9. Дезинфектори та віспощепії	85, 95, 100	75, 80, 90	50, 70, 75
10, Фельдшери та акушерки, що працюють на самостійних пунктах	120, 130, 140	100, 110, 120	95, 105, 115
11. Фельдшери, що виконують обов'язки завідувачів лікарських дільниць	140, 150, 160	120, 130, 140	110, 120, 130
12. Фельдшери, медтехніки й акушерки, що працюють у стаціонарних лікарняних установах, амбуляторіях, поліклініках, диспансерних установах та консультаціях	95, 105, 115	75, 85, 95	70, 75, 85

(Продовження)

Назва посади	Місячний оклад в карбованцях		
	I пояс	II пояс	III пояс
13. Фельдшери та медтехніки, що працюють у спеціяльних кабінетах фізіорентгенівських, бальнеологічних, грязевих та масажисти в хірургічних операційних	100, 110, 120	80, 90, 100	75, 80, 90
14. Фельдшери й медтехніки психлікарень .	110, 120, 130	85, 95, 100	80, 90, 100
15. Фельдшери й медтехніки, що працюють в анатомічних театрах, прозекторіях, кабінетах, при судово - медичних скспертах і в лікарських установах місць ув'язнення	100, 110, 120	80. 90, 100	75, 85, 90
16. Фельдшери та медтехніки, що працюють в гостро-пошесних лікарняних установах і відділах та морських карантинах, наркодиспансерах (стаціонарних витверезниках) і в установах для дітей і підлітків, що їх важко виховувати, та дефективних	100, 110, 120	80, 90, 100	75, 85, 90
17. Фельдшери й медтехніки, що працюють в лепрозоріях та люпозоріях	115, 125, 135	90, 100, 110	90, 100, 110
18. Фельдшери й медтехніки, що працюють на морських і річкових суднах	100, 110, 120	80, 90, 100	70, 80, 90
19. Фельдшери - медтехніки і вихователі в установах охорони здоров'я дітей і підлітків (ОЗДІП) при шкільно-санітарних лікарях і установах охорони материнства-дитинства, в дитячих будинках і лісових школах	95, 105, 115	75, 85, 95	70, 80, 85
20. Медтехніки й вихователі із спеціяльною педагогічною освітою, інструктори охорони материнства й дитинства і помічники . . .	95, 95, 100	89, 85, 95	70, 75, 85
21. Медтехніки соц. допомоги (патронажні обслідувачі)	100, 110, 120	80, 90, 100	75, 85, 95
22. Зубні техніки й ортопедтехніки . . .	90, 100, 110	75, 85. 95	70, 75, 85
23. Помічники зубтехніків	70, 75, 80	60, 65, 70	50. 55, 60

Підкреслюючи абсолютну неприпустимість перекручувань в оподаткуванні лікарів, НКФ УСРР зобов'язує вас терміново дати відповідні вказівки підлеглим фінорганам та протягом двох декад перевірити оподаткування лікарів, стосовно до поданих настановлень.

Заст. Наркомфінансів — **О. Рекіс.**

(Оф. бюл. НКФ УСРР. 1932. № 27-28)

173. Про сприяння заочному навчанню.

Маючи на меті втягувати широкі маси медробітників у систему заочного навчання для підготовки нових кадрів, Наркомздоров'я, полагодивши справу з Наркомпрацею УСРР та ВУК Медсантруд, на розвиток арт. 6 постанови РНК УСРР з 5 жовтня 1931 р. (Зб. Уз. УСРР 1931 р №16, арт. 141) постановили:

1. Всі органи та установи, де працюють медробітники на медичних і фармацевтичних посадах, повинні всебічно сприяти медробітникам щодо одержання ними заочної медичної освіти.

2. Медробітники, які навчаються в заочному медичному, стоматологічному та фармацевтичному інститутах, на час виклику для практичних занять або складання залічів, мають право на підставі довідки від заочного інституту одержати відпустку тривалістю, яку визначено в довідці. Цю відпустку надають заочникові незалежно від тарифної відпустки й до цієї останньої не зараховується.

3. На час відпустки за медробітником, який навчається в заочному інституті, зберігається його посада з зарплатнею, а також кватиря з іншими видами компенсацій, коли їх одержував медробітник (компослуги, тощо).

4. Незалежно від виплати заробітку кожний медробітник, який навчається в заочному інституті, одержує від органа або установи, де він працює, стипендію за час перебування на практичних заняттях або залічах, коли для цього він виїжджає з місця постійної роботи.

5. Розмір стипендії встановлюється на місяць:

для лікпомів — 75 крб.
„ зублікарів — 100 „
„ фармацевтів — 80 — 90 крб.—(з розпорядження ВАУ)

6. Витрати на виплату стипендії та утримання провадяться коштом відповідного кошторису установи, де медробітник одержує утримання за посадою.

7. Медробітників, що скінчили своє навчання в заочному інституті, направляють для відслуговування в розпорядження тих органів, де вони працювали підчас навчання та одержували стипенцію, в чому вони повинні видати підписку органам охорони здоров'я.

8. Медробітники, які набули через заочне навчання нової кваліфікації, тарифікуються згідно з цією новою кваліфікацією з того дня, коли вони, скінчивши навчання, прибули в розпорядження відповідних органів охорони здоров'я або інших установ.

9. Виданням цього обіжника касується обіжник НКОЗ № КМ 451 з 7 квітня 1932 р. „Про оплату стипендії заочникам".

Заст. Наркомздоров'я **Хармандар'ян**
Заст. Наркомпраці **Худокормов.**
Чл. президії ВУК МСТруд **Биков.**

(Спільн. лист НКОЗ, НКПраці та ВУК МСТруд з 26 серпня 1932 р.).

ОХМАТДИТ. ОЗДП.

174. Організація пляново-систематичної боротьби з дитячим каліцтвом. Організація дитячих ортопедичних профілакторіїв.

(розпор. Наркомату охорони здоров'я)

Одною з важливих ділянок у галузі боротьби з каліцтвом є ділянка боротьби з дитячим каліцтвом. Значна кількість дітей, що вражена на це, а також ефективність, якої можна дійти в галузі відновлення в них працездатности, викликають потребу пляново організувати боротьбу в справі здоровоохорони лінією охматдиту та ОЗДП.

1. Одним із основних засобів у проведенні своєчасної боротьби з дитячим каліцтвом є організація дитячих ортопедичних профілакторіїв.

2. Підчас організації нових ортопедичних установ — дитячий ортопедичний профілакторій повинен бути невідійманою складовою частиною цих установ.

3, Доручити секторам охматдит і ОЗДП спільно з плянсектором опрацювати розгортання дитячих ортопедичних профілакторіїв на 1933 рік на базі існуючих ортопедичних установ.

4. Всеукраїнському Державному інституту ортопедії та травматології в м. Харкові та Київському Всеукраїнському інстутуту ортопедії та травматології розпочати організацію дитячих ортопедичних профілакторіїв, які повинні бути підпорними пунктами цих інститутів, ще цього 1933 року.

Народній комісар охорони здоров'я **Канторович.**

Затвердив *Нарком охорони здоров'я* **С. Канторовіч**
20 вересня 1932 р.

УСТАВА

Про дитячий ортопедичний профілакторій.

1. Дитячий ортопедичний профілакторій є спеціяльною формою лікувально-профілактичної організації для проведення організаційної та пляновоі боротьби з дитячим каліцтвом.

2. Завдання профілакторія:

а) найраніше виявляти природжені й придбані деформації і порушення функцій рушійного апарату у немовлят по пологових будинках дитячих консультаціях, дитяслах, дитсадках, школах ФЗС та ФЗУ;

б) своєчасно направляти дітей, хорих на різні захорування й пошкодження рушійного апарату до відповідних ортопедичних установ, щоб установлювати їхню працездатність через відповідне лікування й лікувально-педагогічні заходи;

в) надавати консультацію щодо добору професій або зміни таких для дітей і підлітків, що хоріють на те або те захорування рушійного апарату;

е) провадити диспансеризацію всіх дітей, які вимагають довготривалого спостереження та лікування;

ж) вести облік каліцтва серед дітей та підлітків;

з) провадити відповідні масові оздоровні заходи по пологових будинках, яслах, консультаціях, школах, у побуті й праці щодо профілактики каліцтва серед дітей та підлітків.

3. Структура профілакторія:

Дитячий ортопедичний профілакторій треба організувати на базі ортопедичних установ, що вже існують по містах або районах (стаціонар, диспансер).

> Увага. Там де є декілька ортопедичних установ, профілакторій організується при найміцнішій установі. Щодо решти установ, то вони входять до складу профілакторія, як допоміжні установи.

1) Профілакторієм керує завідувач, який може бути зав. ортопедичної установи, при якій організується профілакторій, або спеціяльно виділений для цього лікар.

2) До складу профілакторія входять всі лікарі - ортопеди міста або району, лікарі-акушери пологових будинків та консультацій, лікарі-педіятри пологових будинків, лікарі дит'ясел, консультацій, лікарі дитсадків, лікарі ОЗД та ОЗДП.

3. Щоб підвищити кваліфікацію лікарів, втягуваних до роботи дитячого ортопедичного профілакторія, ортопедична установа, на базі якої організовано дитячий ортопедичний профілакторій, повинна провести короткотермінові курси для підвищення кваліфікації персоналу в галузі встановлення ранньої діягностики ортопедичних захорувань.

4. При дитячому ортопедичному профілакторії треба організувати ради в складі керівників ортопедичних установ, що входять до складу профілакторія, представників від лікарів педіятрів, акушерів, лікарів ОЗД та ОЗДП і представників МЗІ або РЗІ. Робота ради провадиться за головуванням керівника дитячого ортопедичного профілакторія.

При профілакторії треба організувати осередок товариства оздоровлення праці та побуту.

175. Про перевірку стану дитячих ясел при цукрових заводах.

До всіх облздоровВідділів, міськздоровінспектур і РЗІ Донбасу, МСУ Новобудів Копія — НКОЗ АМСРР і медсансектору Уповнаркомшляхів.

Цього року по багатьох цукрових заводах не відкрили дитячих ясел, не зважаючи на те, що за постановою уряду СРСР, цукрові заводи є ті підприємства, що повинні відраховувати $^1/_4\%$ зарплати робітників і службовців, а також надавати яслам приміщення та забезпечити їх комунпослугами.

Отже, Наркомздоров'я пропонує протягом двох декад після одержання цього листа організувати перевірку стану ясел при цукроварнях, певні відомості подати до НКОЗ, а також терміново розпочати організацію ясел при тих цукроварнях, де до цього часу їх не відкрили.

Одночасно з перевіркою кількости ясел треба перевірити, як госпорганізації витрачають кошти асигновані на будівництво приміщень під нові ясла, а також стан будівництва ясел.

Заст. кер. медпрофуправління **Аромштам.**

Кер. сектору охматдит **Федотова.**

(Об. лист з 9 вересня 1932 р. № 2116—1).

176. Про санітарний мінімум дитячих садків.

До всіх облздороввідділів, М 31, РЗІ, МСУ нових будівництв. Копії до НКОЗ АМСРР, медсансектору Упр. НКШляхів, до облвідділів наросвіти*).

До останнього часу питанням санітарного мінімуму дитячих садків не приділялось достатньої уваги.

Згідно з відомостями, що є в НКОЗ та НКО, та даними обслідування від бриґад ВУРПС'у та НКОЗ, санітарний стан дитячих садків цілком незадовільний.

Тимчасом дійти позитивних наслідків в санітарно-гігієнічній галузі можливо лише за колективної роботи лікаря та вихователькок дитсадків, за умови підвищення санітарної самодіяльности дітей.

Одночасно справа піднесення санітарного стану дитсадків є не тільки важливе практичне завдання, а ще й найважливіша політична проблема боротьби за санітарну культуру дитячого побуту і в дитсадку, і в родині дитини.

Утворення відповідних санітарно гігієнічних умов у дитячих установах є найважливіший шлях у вихованні нової здорової зміни.

Тому, здійснення санмінімуму у дитсадку повинно стати поруч інших — невідкладним завданням життя дит. садку.

Подаючи тут положення про санітарний мінімум дит. садків, НКОЗ та НКО пропонують протягом двох декад перевірити санітарний стан всіх існуючих дитсадків, надіслати НКОЗ та НКО дані обслідування та негайно розпочати виконувати ті завдання, що їх ставлять НКОЗ та НКО.

Заст. Наркомздоров'я **Хармандар'ян.**

Заст. Наркомосвіти **Карпеко.**

(Об. розп. НКОЗ і НКО з 26 серпня 1932 р. № 2001).

Затвердили:
3 серпня 1932 р.
Заст. НКО **Карпенко**
Заст. НКОЗ **Хармандар'ян**

САНІТАРНИЙ МІНІМУМ

Дитячих садків постійних і сезонних

Величезний рух індустріялізації, закінчення в основному колективізації сільського господарства, втягнення великої кількости жіночих мас до виробництва-викликає до життя значну кількість дитячих установ, які сприяють участі жінки-робітниці та селянки і в соціялістичному будівництві країни, участі її в громадському житті.

Організація дитячих садків є один із чинників, що сприяє розвиткові нового побуту на нових соціялістичних засадах,

Ось чому санітарний стан дитзакладів, що відограє величезну ролю в справі виховання здорової зміни, повинен забирати певне місце підчас організації дитзакладів.

А. Загальні вимоги за будівництва нових садків.

1. Місце не повинно бути забруднене спадними водами.
2. Місце не повинно бути розташоване біля таких установ, що забруднюють ґрунт.
3. Місце треба забезпечити зеленими насадженнями.
4. Площа будівлі повинна бути не більше 25% загальної площі.
5. Панівні вітри не повинні приносити гази з навколо розташованих заводів.

Б. За пристосування існуючих приміщень під дитсадки.

1. Вибір приміщення під постійний або сезонний дитсадок треба провадити обов'язково з висновку санлікаря, а де його немає, з висновку райздоровінспектора.

Увага: У разі дитсадок немає в окремому будинкові, приміщення треба відокремити від інших мешканців, зробивши відокремлений вхід.

В. Мінімальна кількість приміщення для постійного дитсадку у знов збудованному та пристосованому приміщенні.

Мінімальна кількість приміщень для дитсадків постійного типу в знов збудованих приміщеннях становить: на кожну групу дітей в 20 чолов. кімната для занять, вона й спальня; для всієї установи—їдальня, убиральня, ізолятор, окремий пропускник з душевою, кімнатою огляду та роздягальнею, кімната для праці — одна на 2—3 групи, кімната для персоналу, веранда, убиральня (для персоналу).

*) Надіслано місцям 29 серпня 1932 р. — Ред.

У пристосованих приміщеннях мінімальна кількість кімнат: групова кімната, вона ж і спальня, по одній кімнаті на групу в 20 дітей; їдальня, убиральня, вмивальня, ізолятор, кухня, пральня, роздягальня з одягальнею,

Для сезонного дитсадку—приміщення для кожної групи в 20 дітей підчас непогоди, ізолятор

Увага: 1. Кухню та пральню можна в сезонних садах якщо немає окремого приміщення, розташовувати на дворі під повіткою.

2. По сезонних дитсадках діти можуть умиватися на дворі, в окремому кутку та замість душей можна вживати садових лійок.

Пристосування приміщень.

Організуючи дитсадок постійний, або сезонний, треба обов'язково побілити приміщення. Щоб мати змогу провітрювати, треба в постійних дитяслах, дитсадках зробити кватирки або фромуги, якщо їх раніше не було.

Влаштування дитсадка.

1. По всіх дитсадках і постійних, і сезонних кожна дитина мусить мати окрему розкладушку з ліжкою білизною.
2. Кожна дитина повинна мати свій окремий рушник.
3. Кожна дитина повинна мати окремий посуд, себто: ложку, миску. чашку.

Експлоатація дитсадка.

1. Провітрювання приміщення треба провадити перед приходом дітей до дитсадку.
2. Увесь час, коли діти в їдальні, кватирка робітничої кімнати повинна бути відчинена, і коли діти перебувають у цій кімнаті, то квартирку треба відкривати в їдальні.

Увага: Улітку діти провадять мертву годину на вільному повітрі.

3. Підлогу треба прибирати обов'язково вогким засобом двічі на день. Прибирати приміщення треба щодня по закінченні роботи дитсадку.
4. Генеральне прибирання всього приміщення, миття вікон, витирання стін і стелі провадити тоді, коли садок вихідний.

Медсаногляд.

1. Жодна дитина не може вступити до дитсадку без попереднього лікарського огляду й щеплень проти обкладу та ревакцинації проти віспи.
2. У постійних дитсадках дітей доглядає лікар один раз на п'ятиденку.
3. У сезонних дитсадках оглядають на менш. як двічі на місяць.

Увага: В разі виникне інфекція,—до дитсадку прикріплюється лікар, якому доручається постійний нагляд за дитсадком до скінчення епідемії,—щоб реалізувати всі протиепідемічні заходи.

177. Про розгортання зимової оздоровної роботи серед дітей шкільного віку й серед підлітків.

1. Плянування

У зв'язку з початком учбового року політехнічної школи та школи ФЗУ, всім організаціям ОЗДП належить найближчим терміном опрацювати і взяти до виконання пляни роботи організацій ОЗДП у місті та районі.

Ці пляни треба побудувати і щільно пов'язувати їх з виробничими плянами, що опрацьовують школи на свій учбовий рік.

Разом із цим, плянуючи всю роботу зимового оздоровлення школярів, треба намагатись, щоб пляни оздоровлення дітей, побудовані лікарем ОЗДП і диспансером ОЗДП, враховувалися у виробничих плянах школи, щоб, переводячи річний педпроцес, окрему ділянку віддали оздоровленню школярів.

Пляни треба побудувати в такий спосіб, щоб на базі обласного пляну було складено районові пляни роботи ОЗДП.

Таким чином треба розробити:

1. Обласний плян охорони здоров'я дітей взимку.
2. Районові пляни охорони здоров'я дітей взимку.
3. Пляни кожної дитполіклініки або диспансеру ОЗДП, включивши до них пляни окремих допоміжних установ, які існують в системі дитполікніки або диспансеру ОЗДП (зимова санаторія, денна санаторія, нічна санаторія тощо.
4. Пляни лікаря ОЗДП, який він складає на кожну школу в тій мережі, яку обслуговує

Сільський лікар ОЗДП складає детальний плян мережі обслуговування за позним програмом роботи, а також плян роботи по районній мережі шкіл, що обслуговує лише через періодичні виїзди, керуючись в своїй роботі вказівками інструкції про роботу лікаря ОЗДП.

Так само, як районові пляни зимового оздоровлення будуються на базі показників обласного пляну, пляни окремих диспансерів закладів і лікарів ОЗДП повинні будуватись на базі показників районового пляну*). Щодо порядку складання плянів та кола питань, що їх потрібно оперативно передбачати в плянах, то треба керуватись вказівками до складання оперативно-виробничого пляну для установ ОЗДП (див. бюл. НКОЗ № 1-2 1932 р.).

2. Санітарний стан шкільної мережі.

а) У плянах передбачити та здійснити на очатку учбового року санітарний огляд кожної школи в розумінні пристосування шкільних приміщень до гігієнічних вимог навчання (здійснення поточних ремонтів, стан роздягалень, пристосованість опалення, щоб забезпечити нормальну температуру тощо).

б) У такий самий спосіб провести санітарну перевірку зовнішніх умов місць політехнічної праці школярів: шкільні робітничі кімнати, центральні шкільні майстерні, цехи на підприємствах, де за плянами місцевих органів на освіти та школи провадитиметься навчально-виробнича праця школярів). Разом із санітарною перевіркою застерігти такі умови роботи учнів, щоб попередити можливість того або того травматизму.

Домогтися також плянового забезпечення учнів відповідним спецодягом підчас їхньої роботи в майстернях та цехах коштом школи або відповідного підприємства.

в) провадячи санітарну перевірку шкільних приміщень, в кожному будинкові звернути увагу та забезпечити санітарно-технічні умови для цілковитого охоплення школярів гарячими сніданками в кожній школі.

г) Виходячи з відповідальности кожного завідателя за санітарний стан своєї школи та визначивши певні мінімальні терміни, зобов'язати шкільну адміністрацію забезпечити школи, а також місця виробничого навчання дітей потрібним гігієнічним устаткуванням (рукомийки, баки для кип'яченої води, фонтанчики, рушники, церати на столах в їдальнях тощо).

У разі цього не виконають, притягати завшкіл до адміністративної відповідальности (з участю в цьому санітарного нагляду на підставі права, що останньому в цій справі належить).

д) Перевіряючи санітарний стан шкіл, перевіряти також намічений порядок використання шкільних приміщень шкільними змінами занять різними курсами. Перевірку провести з погляду найкращого здійснення раціонального режиму праці та відпочинку школярів згідно з типовим розпорядком, що його видали НКО та НКОЗ.

Зокрема за плянами використовування шкільних приміщень ні в якому разі не припускали такого перевантаження шкільних будинків, щоб це призводило до антисанітарного стану приміщень на шкоду здоров'ю учнів. На всі зазначені пункти треба скласти акт, визначаючи в ньому конкретні терміни виконання від шкільн. адміністрації.

е) Лінією шкіл ФЗУ провести в найкоротший термін санітарну перевірку гуртожитків, де живуть підлітки-школярі, та їдалень, де вони харчуються. Прослідкувати, як здійснюються в цих гуртожитках та їдальнях санітарний мінімум, належне обладнання ліжок білизною, відповідну організацію внутрішнього побуту, що забезпечує реальне одержування санітарно-гігієнічних вимог, так само зробити й щодо громадських їдалень, де харчуються підлітки. На зазначену перевірку складаються санітарні акти, спрямовані до адміністрації шкіл та відповідних підприємств з певним визначенням термінів виконання зазначених вимог. У разі адміністрація не виконує, притягати її спільно з місцевим саннаглядом до належної адміністративної відповідальности.

3. Масовий профілактичний огляд учнів та протиепідемічна робота.

а) Щоб запобігти розповсюдженню заразливих захворувань серед школярів, провести плановим порядком масові профілактичні огляди всіх школярів у місті й на селі.

б) Наслідком першого масового огляду, виділити окремі категорії школярів із заразливими хворобами, склавши після огляду конкретний календар оздоровлення та лікування цих учнів, а саме:

1) Лікування трахоматозних,
2) „ інших очних захорувань,
3) „ дітей з фавусом,
4) Санобробка дітей з явищами педикульози (вошивости на голові та натільній білизні).

Для лікування зазначених категорій дітей використати фахові кабінети дитячих поліклінік, диспансерів ОЗДП, загальних поліклінік, меддільниць на селі тощо.

в) Особливу увагу підчас огляду звертається на стан вошивости дітей, маючи на увазі також гнідосіїв. Виявивши цю категорію дітей, треба протягом декади категорично домогтися виконання вимоги повної ліквідації вошивости, удаючись до заборони відвідувати школу.

г) Через комунгоспи по всіх міських та через райвиконкоми домогтися, як обов'язкового правила, використання школами місцевих лазень і голярень на пільгових умовах для санітарного оброблення учнів, або провадити це організованим порядком через школи, або індивідуально: залежно від місцевих умов. Домогтися, щоб на користування лазнями й голярнями дітям виділяли окремі дні або години.

д) Побудувати першого півріччя плян запровадження всіх масових щеплень (це треба погодити й виконати за участи та допомоги людьми від місцевої санорганізації):

*) Див. попередні № бюлетеня—Ред.

1) Щеплення проти віспи (ревакцинації 1 та 7 груп, а також учнів, що знову прибувають без ознаки ревакцинації в останні 2-3 роки);

2) щеплення проти шкарлятини за вказівками та за контрольними числами місцевих організацій;

3) щеплення проти дифтерії згідно з декретом Раднаркому з 6 січня 1930 року.

Всі зазначені щеплення провадити згідно із спеціяльною інструкцією санорганізації.

4. Зимова масова фізкультура.

а) Складаючи пляни оздоровлення цього учбового року, передбачити, як обов'язковий елемент роботи лікаря ОЗДП, широке розгортання масової фізкультури серед школярів та піонерів забезпечивши такі основні та приступні умови для масової дитячої фізкультури:

1) фізкультмайданчик на вільному повітрі при кожній школі;

2) ковзанку при кожній школі, або міжшкільну, як це можливо та зручно за місцевих умов;

3) снігову горку міжшкільного значення, або шкільну (за місцевими умовами) для санкового спорту;

4) забезпечення школярів можливостями та умовами лижвового спорту.

б) Лікарям ОЗДП та диспансерам ОЗДП простежити та домагатися, щоб фізкультурна робота стала часткою всього пляну школи та позашкільного дозвілля школярів; відвести для фізкультури відповідний час в загальному режимові праці та відпочинку учнів.

в) Лікарні ОЗДП, на базі масових профілактичних оглядів та безпосередньою участю в запровадженні масової фізкультроботи,— повинні в своїх плянах передбачати **лікарський контроль** над всіма видами фізкультури, забезпечивши такі моменти контролю:

1) розгляд програм щодо змісту та обсягу дитячих фізкультвправ;

2) дозування різних видів фізкультури в цілому та для окремих дитячих груп, залежно від віку;

3) заборона окремим дітям за станом здоров'я повнотою або частково фізкультурних вправ.

Настановлення повинно бути таким, щоб кожний учень брав максимальну участь у масових формах фізкультури; за контрольну цифру треба взяти 75% втягнення дітей шкільного віку до масового фізкультурного руху (за постановою ЦБ Комдитруху з 8 квітня 1932 року).

5. Диспансеризація школярів.

а) Уже тепер розпочати диспансеризацію школярів, виходячи з показників контрольних чисел, що їх надав Наркомздоров'я в обіжному листі з 26 квітня 1932 р. № 2131—6-132.

Разом із цим передбачати у плянах збільшення на 10% зазначених контрольних чисел, коштом тої нової мережі диспансерів ОЗДП, яку за кошторисом наступного 1933 року додатково розгорнуть в окремих містах та районах.

Отже, в обласних маштабах треба здійснити такі контрольні числа диспансеризації дітей та підлітків

Назва обл.	Дітей шкільн. віку			Робітнич. підлітків ФЗУ		
	за контр. числ. 1932 р.	10% надвищ. коштор. нов мережі	Разом	за контр. числ. 1932 р.	10% надвиш. конт. на нову мережу	Разом
1. Донецька область . .	40500	4000	44500	13500	1350	14850
2. Київська „ . .	51300	5130	56430	11700	1170	12870
3. Вінницька „ . .	32400	3240	35640	5400	540	5940
4. Харківська „ . .	48600	4860	53460	12600	1260	13860
5. Дніпропетрівська обл.	24300	2430	26730	8100	810	8910
6. Одеська область . .	24300	2430	26730	8100	810	8910
7. АМСРР „ . .	2700	300	3000	—	—	—
Разом . . .	224100	22390	246490	59400	5940	65340

Забезпечивши всіх диспансеризованих всіма видами амбуляторного лікування, потреба в якому виявиться в процесі плянових обслідувань, оздоровити 20% числа диспансеризованих школярів і 10% підлітків, що є в допоміжних оздоровних установах, (розгорнути ці установи на базі наймiцніших літніх установ, а також знов утворити постійні установи зимового типу)

До таких допоміжних зимових установ віднести шкільно-санітарні установки, денні та нічні санаторії й дієт. їдальні при дитвідділках місцевих диспансерів.

Подаємо контрольні числа оздоровлення диспансеризованих дітей у допоміжних оздоровних установах зимового типу.

Назва областей	Кількість школярів, що підлягають оздоровленню у допоміжних установах	Кількість підлітків, що підлягають оздоровленню у допоміжних установах
1. Донецька область . .	8900	1485
2. Київська „ . .	11284	1287
3. Вінницька „ . .	7128	594
4. Харківська „ . .	10692	1386
5. Дніпропетрівська обл.	5346	890
6. Одеська область . .	5346	890
Разом . . .	48696	6532

Дітей і підлітків через допоміжні оздоровні установи перепускати змінами терміном від $1^1/_2$ до 2 місяців протягом всього учбового року (вересень—травень).

в) Диспансеризуючи школярів, керуватись чітко визначеним клясовим принципом, охопивши 100% піонерів та КСМ, дітей індустріяльних робітників, першою чергою провідних галузей промисловости (вугільна, металюргійна, машино-будівельна, хемічна, шкляна).

Диспансеризуючи підлітків, забезпечити першою чергою на 100% ту підліткову масу, яка працює в шкідливих та гарячих цехах.

Разом із цим ураховувати першочерговість включити до диспансеризації дітей ударників і самих учнів—кращих ударників.

г) За віковими групами охопити диспансеризацією першою чергою сьомих і шостих груп політехнічної школи, концентруючи та вивчаючи матеріяли обслідувань, щоб їх можна було максимально використати в бюрі профдобору в період комплектування до шкіл ФЗУ наступного 1933 року.

д) Порядком диспансеризації школярів та безпосереднього обслуговування шкіл лікарями ОЗДП в плянах зимової роботи передбачати регулярний нагляд та лікарський контроль над здійсненням кожною школою типового розпорядку шкільної праці та норм навантаги учнів всіма формами навчально-виробничої роботи (постанова НКО й НКОЗ з 5 березня 1932 року).

У плянах цієї галузі педологічної роботи організаціям ОЗДП передбачити:

1. Перевірку навчального розпорядку в школі з забороненням яких би не було перебільшень проти типового розпорядку учбового навантаження учнів лекційними годинами і завданнями для самостійної роботи учнів поза школою: категорично заперечити заняття на третю зміну та через санітарний нагляд лікаря ОЗДП забезпечити гігієнічні умови приміщень, в яких провадитиметься навчання тих громад, що були намічені у третю зміну (пункт 6-й § 1). Разом із цим підчас медоглядів слідкувати за відповідним навантаженням кволих дітей та що мають слабе здоров'я. Спільно із завшкіл перевіряти розклади навчання і протягом окремого дня, і протягом декади, забезпечивши раціональність і гігієнічні підстави чергування окремих лекцій та видів занять.

2. Розподіл навантаження учнів громадською роботою—ні в якому разі не можна виходити за межі зазначених у пункті другому постанови НКОЗ. Лікарям ОЗДП провести перевірку санітарних умов у місцях громадської роботи дітей. Притягуючи до цієї справи шкільну адміністрацію, треба забезпечити санітарний мінімум місць дитячої громадської роботи, місць дитячих зборів, засідань, разом втручаючись та забороняючи ті види громадської праці, які можуть спричинювати шкоду для здоровя або можуть бути за джерело інфекцій (2, пакт 4 розд. „б" постанови).

3. Стежити за раціональною організацією дитячого дозвілля й умовами родинного побуту учнів. Вести спільно з диспансером перевірку фактичної навантаги учнів вдома, домагаючись звести її до мінімуму; використовувати в справі цілої роз'яснювальної роботи, що запровадить її школа, також патронтажний апарат сестер-обслідувательок, передбачивши окремий розділ їхньої роботи щодо нормування умов побуту дітей, до яких потреба в цьому виявиться чи в школі, чи то в процесі диспансеризації.

е) Порядком диспансеризації та масових форм оздоровлення дітей, заплянувати та здійснити з початку учбового року цілковите охоплення всіх школярів гарячими сніданками.

ж) Щоб підвищити санітарну письменність дітей, передбачити в пляні максимальне розгорнення санітарно-педагогічної роботи в межах самого диспансера ОЗДП, серед диспансеризо-

ваних і в школі через педагогів та лікарів ОЗДП, які за пляном повинні викладати сан-гігієну в старшому концентрі семирічної політехнічної школи.

з) Кожний диспансер ОЗДП або дитполіклініка, поруч роботи щодо диспансеризації школярів та оздоровлення тої мережі шкіл, що їх безпосередньо обслуговує цей диспансер, або дитполіклініка, повинен обов'язково провадити всю роботу плянування зимового оздоровлення дітей та підлітків в маштабі цілого району; одночасно переводити консультаційну та методичну допомогу педагогам з району, лікарям ОЗДП та іншим, що обслуговують шкільну мережу порядком медико-санітарної та профілактичної роботи на меддільниці.

6. Громадськість та робота міжвідомчих комісій

а) Треба якомога ширше популяризувати пляни диспансеризації та оздоровлення дітей і підлітків на зимовий період серед місцевої пролетарсько-колгоспної громадськости, серед батьківських кіл, серед педагогічної маси, на засіданнях шкільного дитячого активу (шкільне дит. самоврядування), причому плян треба остаточно скласти на основі зауважень і додатків, що внесуть на нарадах до остаточного пляну; плян затверджує райздоровінспектура та облздороввідділ, а попередньо апробує місцева міжвідомча комісія.

б) Районова міжвідомча комісія повинна продовжити своє існування взимку, для чого треба скласти плян її роботи на цілий учбовий рік, календаризуючи цей плян по півріччях.

в) На міжвідомчій комісії не лише обговорювати питання грошового та кошторисного порядку, але заслуховувати всі питання дитячого підліткового оздоровлення по суті; зокрема *обов'язковій апробації* міжвідомчої комісії підлягає ввесь річний плян диспансеризації й оздоровлення школярів та підлітків. Взяти до уваги, що віданню міжвідомчої комісії належить лише дитинство шкільного віку й підлітки.

г) Міжвідомча комісія, разом з апробацією по суті плянів оздоровлення й диспансеризації дітей та підлітків, затверджує загальний фінансовий плян зимової оздоровної роботи лінією ОЗДП. При цьому, ураховуючи кошти бюджету, міжвідомча комісія, щоб здійснити загальний плян дитяче-підліткового оздоровлення, вишукує та розподіляє додаткові громадські та батьківські кошти для реального здійснення плянових вимог оздоровної роботи.

У такий спосіб треба здійснювати оперативне виконання зимових оздоровних заходів в районі на основі зведеного фінансового пляну, де враховані бюджетні, громадські та батьківські кошти на всі види запляннованих та затверджених оздоровних заходів взимку.

д) Облздороввідділи повинні терміном не пізніше місяця після одержання цього подати до сектору ОЗДП Наркомздоров'я плян зимового оздоровлення разом із зведеним фінаосовим пляном та з протоколом обласної міжвідомчої комісії про затвердження цих плянів.

Заст. Наркомздоров'я **Кустеляи**

Заст. керівн. сектору ОЗДП **Альтман**

Погоджено: Член колегії НКОсвіти керівник сектору соцвих **Браун**

ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ЧАСТИНА

178. Про обслуговування робітників зв'язку

Пропоную всім органам охорони здоров'я на Україні в справі медичного обслуговування медичного постачання, прийому дітей до дитсадків та ясел дорівнювати всіх робітників зв'язку (телеграф, телефон, радіо) повнотою до індустріяльних робітників.

Нарком охорони здоров'я УСРР **Канторовіч**

(Об. розп. НКОЗ № 20.07. 4 з 20 вересня 1932 року).

179. Про медико-санітарну допомогу науковим рвбітникам СРСР.

Постанова Ради Народніх Комісарів Союза РСР № 1409 — з 10 вересня 1932 р.

РНК Союза РСР постановляє:

Встановити, що всі види медико-санітарної допомоги науковим робітникам СРСР (лікарні, амбуляторії, будинки відпочинку, санаторії та інш.) подаються на однакових правах з індустріяльними робітниками.

Москва Кремль.

Заст. Голови Ради народніх комісарів Союза РСР **Куйбишов**

Заст. керівника справ РНК Союзу РСР **Мирошників.**

ОЗДОРОВЛЕННЯ ПОБУТУ. ПОПЕРЕДЖЕННЯ РОЗВИТКУ ПОШЕСНИХ ЗАХОРУВАНЬ

180. Перевіряйте санітарний стан шкіл

До всіх облздоровввідділів, до облвідділів Наросвіти

По школах почалося навчання. Постановою РНК з 21 липня на доповідь НКОЗ „про підготовку до 1932-33 учбового року“— всі школи до 20 серпня треба було привести до задовільного санітарного стану.

Проте, за відомостями на цей час ще не скрізь санстан шкіл, їхня готовність до запровадження учбових занять в певних санітарних умовах, відповідають певним санітарним вимогам.

Негайно організуйте по області дводекадник перевірки санстану шкіл, вимагаючи від їхньої адміністрації, негайно усунути санітарні дефекти, що їх виявите.

Уживіть заходів, щоб цією справою зацікавити широкі кола радянської суспільности, притягуючи її до роботи щодо поліпшення санітарного стану шкіл.

Для перевірки санстану шкіл організуйте бриґади з представників здоровінспектур, інспектур наросвіти, представників профспілок робос, медсантруд, шкільних батьківських комітетів, комсомолу, представників товариства оздоровлення праці й побуту.

Підчас перевірки особливу увагу треба звернути:

1) На загальний санітарний стан шкіл, окремих приміщень і шкільної садиби; на запровадження в них відповідних ремонтів;

2) На готовність школи провадити санітарну обробку школярів, вимагаючи, щоб влаштували там, де є яка-небуль можливість, души, широко використовуючи для цього встаткування пересувних лазень НКОЗ:

3) На налагодження організації періодичних, систематичних купань школярів у лазнях, вимагаючи від адміністрації шкіл щоб вона складала відповідні умови з власниками лазень, комунгоспами, УЧХ, підприємствами і т. інш. Боротьба із вошивістю, боротьба за знищення розвитку її серед школярів, мусить стати предметом особливої уваги й підчас дводекадника, і після нього;

4) На санітарний стан місць, де готують гарячі сніданки, де їх роздають, де приймають та зберігають продукти, де діти снідають. Необхідно домагатися, щоб по всіх школах були організовані гарячі сніданки.

5) На забезпечення школярів питьовою водою, в належних випадках кип'яченою в баках з фонтанчиками.

6) На влаштування в школах умивальних кімнат з кількістю вмивальників, що відповідає кількості школярів;

7) На санстан убиралень, їхню кількість, зручність користування ними, на організацію хлорування, виділення з них нечистот, на влаштування скриньок для сміття та їхнє утримання;

8) На організацію по школах роздягалень, на їхнє обладнання;

9) На наявність плювачок, урн для сміття;

10) На стан шкільної меблі;

11) На влаштування фромуг, або кватирок у вікнах.

У разі недбайливого ставлення адміністрації шкіл, до справи поліпшення їхнього санстану, притягайте винних до судової відповідальности.

Порушуйте питання готовности шкіл до учбових занять на президіях облвиконкомів, райвиконкомів, президіях міських і сільських рад.

Закріплюйте наслідки дводекадника про організацію постійного санітарного нагляду за школою.

Про перебіг дводекадника та наслідки його повідомте НКОЗ та НКО.

Заст. Наркомосвіти **Карпеко**

Заст. Наркомздоров'я **Хармандар'ян**

(Об. лист НКОЗ з 24 вересня 1932 р.)

181. Про участь школи та школярів в кампанії деревонасаджень по містах та селищах

До всіх облздоровввідділів та облнаросвіт

Оздоровлення наших залюднених місць і міських, і сільських, а в першу чергу тих місцевостей, де скупчено багато промислових підприємств, великою мірою залежить від утворення таких природньо-кліматичних умов, які сприяли б гарному повітрю, давали природній затінок підчас сонячної спеки й взагалі зменшували б наявність порохів, що значною мірою насичує повітря міських вулиць та садиб.

Розширення й відповідний розполіг зеленої площі наших залюднених пунктів — є один з найкращих засобів домогтись зазначеної мети в спосіб зелених насаджень лінією вулиць, дворищ, а також міських скверів і парків.

За плянами комунгоспів по всіх місцевостях підлягають розбивці окремі зелені точки, що поліпшать гігієнічні та природньо-кліматичні умови таких залюднених пунктів, забезпечуючи в найближчому майбутньому гарні місця відпочинку та дозвілля для трудового населення міст та селищ.

Отже, треба приділити цій справі якомога більше уваги, притягаючи до неї активність цілої пролетарсько-колгоспної громадськости, ініціятиву всіх громадських організацій, активу профспілок та здоровоохорони для того, щоб всій її роботі надати дійсно широко — громадський розмах.

Величезну ролю в запровадженні зазначених заходів повинна відограти наша школа, яка в справі переведення зелених насаджень мусить бути в перших рядах, як активний організатор та проводир цієї культурної справи на місцях. Робота школярів та піонерів по переведенню зелених насаджень, охороні їх, догляду молодих рослин буде за цікавий та серйозний зміст громадсько-корисної роботи, що є в ній велика виховна роля.

У зв'язку з цим НКОЗ та НКО пропонують:

1. Місцевим шкільним лікарям ОЗДП, а також шкільній адміністрації спільно з усіма педагогічними колективами провести широку пропаґанду серед дитячої та батьківської маси щодо культурної оздоровної ролі деревонасадження.

2. Спільно з місцевими комунгоспами, райінспекторами ОЗ та райіно розробити конкретний плян участи школярів і піонерів у всій масовій роботі щодо плянового запровадження зелених насаджень.

3. Через місцеві комунгоспи забезпечити кампанію відповідним обізнаним керівництвом від досвідних садоводів.

4. Пляново за допомогою комунгоспів та місцевих лісництв домогтися достатнього постачання кампанії зелених насаджень потрібною розсадою.

5. Активізувати всю масу шкільного дитинства на зазначену роботу, проробивши попередньо, порядком клюбної та позашкільної виховної роботи, питання культурного та оздоровного значення кампанії зелених насаджень.

6. У спосіб ланкових та бриґадних завдань піонерам і школярам розподілити поміж ланками та бриґадами окремі територіяльні ділянки для проведення цієї роботи.

7. Передбачити такі моменти поступовного обслуговування кампанії:

а) зелені насадження в кожній шкільній садибі,

б) насадження навколо робітничих, піонерських та інших клюбів,

в) засадіння скверів і садиб за пляном обзеленення, що складають комунгоспи.

8. На всю кампанію осіннього садіння скласти загально-міський календар, а на його основі календар кожної школи, щоб застерігти всі етапи процесу насаджень й охорони рослин:

а) копання ямок, б) переведення насаджень, в) поливання водою, г) прополювання тощо.

9. Застосувати серед дитячих колективів соціялістичне змагання на краще садіння, ударництво щодо темпів та якости переведення зелених насаджень, складаючи угоди поміж цілими групами, громадами учнів, бриґадами, домагаючись тим самим піднести зацікавленість та активність дітей в громадській кампанії зазеленення залюднених пунктів.

Активність молодої зміни є запорука успіху цього заходу, а тому НКОЗ та НКО пропонують місцевим своїм органам використати осінній сезон посадки та вкласти максимальну ініціятиву в справу культурного доброустрою залюднених місцевостей.

Заст. Наркомздоров'я **Хармандар'ян**

Заст. Наркомосвіти **Карпеко**

(Обіжн. розп. НКОЗ та НКО 29 серпня 1932 р. № 2301)

Затвердив:

Заступник Наркома охорони здоров'я

Г. Хармандар'ян

20 вересня 1932 р.

182. ІНСТРУКЦІЯ

як вживати лікувальних сироваток

Своєчасне та правильне застосування специфічних сироваток має величезну вагу в боротьбі за добре закінчення захворування. Проте, на місцях є багато випадків, коли специфічних сироваток вживають або неправильною кількістю, або не на ті терміни, коли вони дають найбільший ефект. Ось чому Наркомздоров'я видає цю інструкцію про застосування сироваток, яких найбільше вживають.

А. Проти обкладу

Лікувальна сироватка проти обкладу дає найкращий ефект, коли її вживають так:

1) Сироватки треба вживати якомога скоріше. За пізнішого вживання дози доводиться збільшувати. Коли обклад є клінічно непевний, антидифтерійну сироватку впорскують зараз же після того, як лябораторія встановлює діягнозу, а в клінічно підозрілих і взагалі в тяжких випадках і клінічно цілком явних випадках впорскують, не чекаючи на відповідь лябораторії, особливо, коли з моменту захворування минуло вже більше доби.

2) Сироватку впорскують внутрим'язево й достатніми дозами (на легкі випадки припустимо впорскувати її під шкіру, причому сироватку треба заводити одним прийомом; за недостатнього ефекту від впорскування (який встановлюється після 24 годин після нього) — сироватку заводять знову. Нижчезазначене дозування не залежить від віку. Для легких випадків обкладу залежно від дня хвороби, заводять не менш'як 10—15 тисяч одиниць антитоксину; для тяжких випадків 25—35 тисяч одиниць, й для суто тяжких аж до 100 тисяч одиниць, причому в останніх випадках бажано половину дози впорскувати середовенно. Для профілактичної мети (пасивна імунізація), коли дитини активно не імунізували, впорскують 1000 одиниць антидифтерійної сироватки.

3) Сироваткова хвороба (анафілаксія) залежить і від токсичного діяння сироватки, і від почуття організму.

Щоб зменшити токсичність сироватки, треба вживати сироватки — переважно витримавої протягом декількох місяців після добування від тварини.

Щоб запобігти явищам анафілаксії, треба спочатку роботу зробити підготовне впорскування під шкіру 1 куб. сант., а за 2-3 години завести решту лікувальної дози.

Увага: У випадку анафілаксії, надалі впорскувати сироватку треба дрібними дозами.

4) Антидифтерійна сироватка, якщо зберігати її в темному й прохолодному місці, зберігає свою активність протягом декількох років, причому помутніння сироватки, що стає через випад білків, значення не має, коли підчас збовтування згустки зникають.

Б. Проти шкарлятини

1) Антишкарлянтинозна сироватка вживається лише за токсичних, не септичних форм захворувань. Сироватка діє добре, коли її вживають в перші 4-6 днів захворування. На легкі випадки лікувальна доза становить 50 куб. сант. У випадках середньої тяжкости — 100 куб. сант., у тяжких випадках доза збільшується аж до 150 куб. сант. Засоби вживання протишкарлятинозної сироватки такі самі, як і антидифтерійної, себ-то роблять підготовне впорскування під шкіру 1 куб. сант. сироватки й за 2-3 години заводять решту лікувальної дози і т. інш.

2) Шкарлятинозна сироватка, якщо зберігати її в темному й прохолодному місці, зберігає свою активність, так само, як і дифтерійна.

В. Проти менінгіту

Менінгококову сироватку можна застосовувати тільки в лікарняних умовах. Вживання цієї сироватки ще остаточно не вирішено, але коли її вживають, треба робити так:

Менінгококову сироватку треба застосовувати якомога скоріше (в декілька разів) через те, що звичайного ефекту дістають лише після 4 або 5 ін'єкції після того, як зроблено люмбальну пункцію й випущено церебро-спинальну рідину, причому рідина випускається повільно, доки вона виділяється, а потім заводять підогріту (37°) менінгококову сироватку на 5 — 10 кубиків менш, ніж випущено рідини. Після ін'єкції підводять на 2 год. нижній кінець ліжка на 10 сант. щоб надати місці підведений стан. Крім того, першого разу в той самий день найліпше впорскувати ще 50 куб. сант. менінгококової сироватки внутрим'язево, а наступні рази менінгокову сироватку заводять лише інтралюмбально.

Г. Проти кору

Сироватки проти кору вживають так:

а) Застосовують сироватку корових реконвалесцентів, причому дітям від 6 міс. до 4 років в перші дні після вияви захворування впорскують 3 куб. см. сироватки; дітям старше 4 років 6-9 куб. см. Можна також вживати сироватки крови осіб, що хворіли на кір, себто сироватку крови батьків, причому, щоб запобігти захворуванню на кір, впорскують 40 — 50 куб. см., а щоб діти захоріли на легку (мітиговану) форму кору — 25 — 85 куб. см. Імунітет ,за впорскування сироватки (здобутої від батьків) діє проти кору не більш як 3-4 тижні. Ось чому бажано домогтися мітигованої форми кору; значні дози на 40-50 куб. см. треба впорскувати в тих випадках, коли не бажано, щоб дані діти (наприклад. діти, що недавно перенесли кашлюк, туберкульозні діти, немовлята) зараз захоріли на кір.

б) Можна також, вразі немає сироватки, вживати цільної крови від батьків хорої дитини, безпосередньо впорскувати її кількістю 20 — 30 куб. см., від батьків до організму дитини. Кров беруть із вени батька, причому, щоб кров не згорнулася в шприці, набирають на кожні 10 гр. крови 1 куб. см. 5% стерильного натрії цітриці. Кров впорскують внутрим'язево.

183. Про замовлення деталей і частин до лазнево-пральних установок

Останнім часом до Укрдезбюра надходять скарги на некомплектну та неповну приставку на місця лазнево-пральних установок. Більшістю це трапляється з вини залізниці, яка неуважно ставиться до навантаження та пересилання установок.

Тому Укрдезбюро рекомендує:

Одержуючи від залізниці лазнево-пральні установки, які надсилає ВАУ, обов'язково перевіряти вантаж на самій залізниці, звернувши увагу на те, щоб склад вантажу відповідав номенклятурі згідно з накладною, а також перевіряти вірність ваги. У разі будьчого не вистачить, треба тут же на залізниці скласти на всі недоліки комерційного акту. Одночасно треба скласти докладного списка частин, яких не вистачає, зазначити № установки та надіслати вимогу на завод про термінову надсилку додаткових частин, при чому Ви сплачуєте вартість додаткових частин і вимагаєте цю суму від залізниці на підставі складеного комерційного акту.

Надсилаючи вимогу на додаткові частини, треба обов'язково копію вимоги подавати до Укрдезбюра.

Т-во. Зав. Укрдезбюра **Ів. Сукачов**

29 серпня 1932 року.

САНКУЛЬТУРА І САНТЕХПРОПАГАНДА

184. Забезпечити сантеатрам безперебійну роботу.

До всіх облздороввідділів, міськздоровінспектур і РЗІ Донбасу, до будинків санкультури і директорів сантеатрів. Копія НКОЗ АМСРР і медсансектору Уповнаркомшляхів.

НКОЗ відомо про ряд вчинків од РЗІ і будинків санкультури, які перешкоджають і гальмують роботу театрів санкультури, як-то:

1) Ровенецька РЗІ склала юридичну угоду з першим сантеатром Донбасу на роботу театра в районі і без будьякої підстави цю угоду розірвала, завдавши цим театрові збиток 12.000 крб.

2) Так само поставилася Лисичанська РЗІ до другого сантеатру Донбаса, розірвавши договір на 9.000 крб.

3) Зав. Макіївського БСК-Горовиць не сприяв роботі сантеатру, в присутності співробітників театру грубо відповідав адміністрації театру на її законні вимоги, вимагав від театру орендної плати за приміщення.

4) Зав. Кадіївського БСК-Луцький запропонував сантеатру нераціональний маршрут, в наслідок чого театр на копальні Максимівка дав декілька вистав за пустої залі.

5) Ряд інспектур Донбасу: Краматорська, Костянтинівська, Слов'янська не склали умов із сантеатрами, не зважаючи на значні асигнування на санкультроботу, що залишаються в них щороку невикористані.

Санкультробітниця Червонолуцького району Фірсуніна грубою формою заявила представникові сантеатру, що виконувати розпорядження НКОЗ про складання умови з сантеатром не буде.

6) Риківська РЗІ задоволена роботою сантеатру, але винна йому 11.000 крб. і грошей театру не сплачує.

Водночас численні райони Донбасу, Криворіжжя, Київщини й Дніпропетровщини найкраще використали сантеатри для розгорнутої агітпропаганди в справі охорони здоров'я й масової санкультури.

НКОЗ категорично пропонує змінити таке ставлення до сантеатрів, вважати їхню роботу за невіддійманну частину роботи органів охорони здоров'я в галузі санкультури.

Робота сантеатру мусить піднести на вищий щабель роботу санкультури.

НКОЗ, облздороввідділи і РЗІ розгортають тепер широку роботу в галузі масових оздоровних заходів, мобілізації громадської самодіяльности, організації осередків т-ва оздоровлення праці й побуту.

Колектив сантеатру, який приїжджає в район в складі 25-30 осіб, має змогу провести велику роботу цим напрямком, виступаючи по клюбах, цехах, гуртожитках, переводячи масові обслідування, численні бесіди, організуючи і пожвавлюючи діяльність осередків т-ва оздоровлення праці й побуту.

А тому НКОЗ пропонує максимально забезпечувати роботу колектива сантеатру, а саме:

1) Надати співробітникам житлове приміщення.

2) Максимально сприяти забезпеченню колектива харчуванням, зважаючи на те, що це поліпшить якість їхньої роботи.

3) Порозумівшись із профспілковими оргтнізаціями, забезпечити сантеатр транспортом.

4) Детально опрацювати плян і вистав всієї санкультроботи сантеатру.

5) Зорганізувати глядача вистав сантеатру.

Ровенецькій та Лисичанській РЗІ треба негайно реалізувати угоду з сантеатром.

Лише за допомогою органів охорони здоров'я на місцях, зокрема санкульторганізацій, сантеатри дійсно матимуть змогу виконати покладені на них величезні завдання.

Заст. Наркомздоров'я **Саратіков.**

(Об. розп. НКОЗ з 26 вересня 1932 р. № 1718)

III. Із діяльности Наркомздоров'я, його управлінь і секторів

1. Про підготову кадрів організаторів охорони здоров'я

На доповідь директора Українського інституту охорони здоров'я (тов. Злотника І. Л.) колегія відзначила, що виконання величезних народньо-господарських завдань, які схвалила XVII партконференція, покладає на органи охорони здоров'я зобов'язання перебудувати всю їхню роботу напрямком реконструкції справи оздоровлення країни.

Щоб успішно розв'язати питання цієї реконструкції, потрібні нові кадри організаторів і будівників соціялістичної охорони здоров'я. Колеґія, схваливши профіль організаторів здоровоохорони та основний порядок підготови їх, що накреслив інститут охорони здоров'я ухвалила, щоб при інституті утворено було відповідну катедру типу учбово-науково-виробничого комбінату.

Цього вже року за постановою колегії розпочинається перекваліфікація кадрів охорони здоров'я, 1933 року передбачено охопити перекваліфікацією не менш, як 100 робітників районного апарату курсом на 6 місяців та ще 100 робітників — на 3 місяці.

Збільшується кількість аспірантів при інституті до 30 чол. Установлюється інтернатура кількістю до 10 осіб.

2. Розширення Всеукраїнського Інституту охорони здоров'я

З розпорядження Наркома охорони здоров'я тов. Канторовіча С. І. Всеукраїнський Інститут Охорони здоров'я Інститут технічної реконструкції та Інститут техніки в медицині об'єднано в один Всеукраїнський Інститут охорони здоров'я, директором якого призначено **т. Злотника.**

(Із розпорядження № 130 — 215 з 15 вересня 1932 року).

3. Нагородження винахідників фотогастрографа

Про цей винахід, що дає змогу фотографічним методом провадити досліджування шлунку та діягностувати шлункові захворування, уже згадувалося. Над цим винаходом чимало попрацювали т. т. Фельдштейн, Максутов, і Хреніков.

Колегія Наркомздоров'я відзначила велику роботу, що провели згадані товариші і в справі конструкції винайденої фотоапаратури і щодо розвитку методики діягностування шлункових захорувань. Особливо підкреслено значення оптичної системи винайденого апарату, що опрацював оптик т. Максутов Д. Д.

Колегія постановила, щоб існуюча вже в Одесі (при 3-й поліклініці) науково-дослідна лябораторія з фотогастрографії й далі провадила поглиблену роботу, опрацьовуючи питання нормальної та патологічної фізіології слизової оболонки шлунку. Лябораторія надалі правитиме за опірний пункт Інституту технічної реконструкції охорони здоров'я, *) утримуючись повнотою коштом інституту.

У зв'язку з тим, що винахідники передали на власність НКОЗ їхній патент на винахід, з великою й цінною роботою, проведеною т. т. Максутовим, Фельдштейном та Хреніковим, що дає змогу ще поглибити винахід та пристосувати на користь трудящих Радянського Союзу та

*) Нині ввійшов до складу Всеукр. інститута охор. здоров'я.—Ред.

всієї людности — Нарком охорони здоров'я тов. Канторовіч висловив згаданим товаришам подяку, наказавши видати їм грамоти та оголосити про це в пресі.

Крім цього, колегія Наркомздоров'я ухвалила видати винахідникам грошові премії сумою: тов. Максутову — 2000 карб., тов. Фельдштейну — 1500 карб. і тов. Хренікову — 500 карб.

4. Показова плянова робота одеського бальнеологічного інституту.

Обслідування того, як виконує Одеський Інститут бальнеології та фізіотерапії свою плянову роботу за перше півріччя поточного року, дає підставу скласти висновок, що інститут розгорнув виконання пляну наукових робіт та ще чималу роботу на опірних пунктах; інститут встановив щільний науковий зв'язок із курортами в Миргороді, Ґопри, Скадовському, організував ряд нових опірних пунктів (Миколаїв, Винниця, Херсон, Зинов'ївське та інш.).

Відзначаючи цю роботу та корисні її наслідки, Нарком Охорони здоров'я тов. *Канторовіч* висловив подяку директорові інституту т. *Хейфецу А. М.*, його заступникові т. *Маршковічу Д. Б.* та зав. роботою на периферії т. *Біленькому М. О.*

Нарком висловив свою певність того, що робітники інституту спільно із своїми керівниками повнотою виконають плян робіт цього року та докладно опрацюють плян другої п'ятилітки.

5. Кумисолікування на Україні

Нещодавно відбулася нарада в НКОЗ, що обговорювала питання організації кумисо-лікування на Україні. Доповідь склав д-р Яхнін.

Нарада дійшла висновку, що для організації кумисолікування і місцевих кумисних баз на Україні є цілком реальні перспективи.

Роботу в цій справі вже провадить Одеська досвідна кумисолікувальна станція і тепер, на думку наради, робота мусить тривати далі.

Колегія схвалила постанови наради та запропонувала Укркурупр'ові та ВАУ всіляко сприяти вивченню кумисолікувальної справи, постачаючи Одеській станції потрібний ремонт (за поданням д-ра Яхніна).

Визнано за потрібне продовжити роботу Одеської станції, залучити її до списку науково-дослідних установ Наркомздоров'я, щоб утримувалася вона коштами, які відпускає Наркомат.

Через те, що вже навесні наступного року виявляється змога на основі науково-дослідної роботи Одеської станції організувати на Україні певну кількість виробничих кумисолікувальних станцій, Колегія доручила Укркурупр'ові негайно намітити місцевості на Україні, де найдоцільніше розгорнути кумисолікувальні пункти й станції. На думку доповідача т. Яхніна, першою чергою слід організувати такі станції, крім Одеси, ще в м. Скадовському та Соснівці.

Управління науки й кадрів розпочинає роботу по організації підготови відповідних кадрів робітників-знавців кумисолікувальної справи (лікарів, лікпомів та кумисних майстрів).

6. Сувора догана здоровінспекторам, що не переказали належних коштів на заочну медичну освіту

Народній комісар охорони здоров'я т. Канторовіч, відзначивши в своєму розпорядженні, що Український Виробничо-Заочний Інститут медичних кадрів до 20 серпня ц. р. дістав лише 23,8% тих сум, що йому належало одержати на справу заочної медосвіти, що деякі інспектури охорони здоров'я, не зважаючи на багаторазові вказівки та нагадування, досі будьяких сум на медосвіту не переказали, поставивши під загрозу зриву заочну підготову медкадрів, — оголосив сувору догану інспекторам охорони здоров'я таких міст і районів:

м. Харкова	м. Винниці
„ Полтави	„ Бердичева
„ Дніпропетровського	„ Ніженського району
„ Запоріжжя	„ Чернигівського району
„ Житоміра	„ Проскурівського району

НКОЗ попередив, що інспекторів охорони здоров'я, які не переважуть належних від них коштів до 1 жовтня, притягнуть до права за дезорганізацію роботи в справі підготови кадрів.

НКОЗ відзначив, що виконали свої зобов'язання щодо переказу коштів на підготову медкадрів такі здоровінспектури:

Горлівського району	Смілянського району
м. Одеси	П'ятихатського „
м Зинов'ївського	Солонянського „
м. Миколаєва	Кам'янець-Под. „
м. Києва	Куп'янського „

IV. Із досвіду місць

1. Короткі зведені відомості про стан шефства промпідприємств над медустановами та останніх над низовою переферією й колективізованим сектором села.

Загальні відомості. Зведені тут відомості зібрані від 116 районів (на багаторазові запитання та вимоги від Наркомздоров'я), при чому більше матеріялів стосується першого кварталу цього року, себто часу до організації та оформлення областей. Другий квартал поточного року дав меншу кількість матеріялу (всього лише від 20-25 районів) теж безпосередньо від райздоровів. Щождо облздороввідділів, то останні, не зважаючи на надсилання їм основних директив, що складав НКОЗ, а також окремих нагадувальних листів, досі будьяких матеріялів до НКОЗ не подали.

Підчас обслідувань ОЗВідділів не виявлено помітної роботи останніх у справі розгортання шефської роботи на переферії, і ця галузь діяльности ОблЗВ залишилася на другому пляні.

НКОЗ закликав на допомогу в справі виділення шефів міські й районні ради профспілок (спільний директивний лист із ВУРПС'ом), але успіху в цій справі ми не дійшли; небагато МРПС та РПР відгукнулися на заклик НКОЗ і ВУРПС (Запоріжжя, Кам'янське тощо.).

Види шефства. У своїх директивах НКОЗ підкреслював, по-перше, вагу шефства промислових підприємств над медустановами, висуваючи це (на підставі відомих постанов вищих директивних і контрольних органів), як випробований засіб поліпшити державний апарат. У цій справі НКОЗ додав директиви, щоб, розвиваючи цей вид шефства, дбати за найщільніший зв'язок медсанустанов із шефами — робітничими колективами промислових підприємств, забезпечити ряд місць і посад для соціялістичних заступників, виділюваних із складу шефів. По-друге, рядом постанов нарад і конференцій в питаннях здоровоохорони, колегії НКОЗ і розпоряджень наркома охорони здоров'я тов. Канторовіча. запропоновано розвивати та вглиблювати шефство медсаустанов великих міст, кол. окружних центрів і найбільших райцентрів над низовою здоровоохорончою периферією і водночас над колгоспами, надаючи їм лікувальну, саносвітню та іншу подібну допомогу, якої в них бракує,

Матеріяли, що є в НКОЗ, свідчать що справа організації шефства стоїть здебільшого негаразд.

Шефство промислових підприємств над медсанустановами. Добрані матеріяли свідчать, що в 31 районі над медустановами приймають шефство 47 промислових підприємств.

Подекуди шефами є дуже великі підприємства. як-от:

а) Заводи ім Ілліча в Маріюполі,
б) 4 шахти у Красному Лучі
в) Завод ім. Марті—в Миколаєві,
г) Завод ім Дзержинського—в Кам'янському.
д) Завод „Комунар" у Запоріжжі,
е) Червонопрапорний (арсенал) у Києві та інш.

Ефективність шефства загалом невелика. До найголовніших хиб треба віднести таке:

1) Відсутність пляну шефської роботи (це майже скрізь).

2) Брак систематичного зв'язку (Запоріжжя—із заводами ім. Дзержинського „Комунар"; там же завод ім. Войкова; Ливарний цех завода ім' Марті в Миколаєві; Буденівські копальні в Ст. Бешеві та інш.

3) Певна провина є й від промпідприємств, що, взявши шефство, потім не приділяють цій справі належної уваги. Це стосується навіть таких, що першого часу зробили були чимало (КПВРЗ - Конотоп, Держмлин — у Лебедині, Трампарк у Києві. Медсанустанови теж не виявляють потрібної активности, а коли й де треба, то й впертости.

4) Бракує належної політизації справи шефства, себ-то явного відбивання в ній справи поліпшення апарату та збільшення робітничого впливу на нього.

І через такі істотні дефекти в організації роботи ефективність шефства невелика.

Соцзаступники є в таких містах і районах:

а) Суми (7 заступників із заводу „Червона Зоря").

б) Кам'янське—завод ім. Дзержинського виділив соц. заступників до робітничої поліклініки та лікарні.

в) Маріюпільські заводи ім. Ілліча дали 5 соцзаступників у різні лікпрофустанови заводу й міста.

г) Проскурівська друкарня дала одного соцзаступника та інш.

Про роботу цих заступників (якою мірою опанували вони роботу апарату, як впливають на нього)здебільшого сказати нічого неможна, бо матеріялів- замало.

Варто навести пару позитивних прикладів ефективного шефства в порівняльно невеликих містах

1) Проскурівська друкарня один час жила, так би мовити, спільним виробничим життям із підшефною її робітничою поліклінікою. Друкарня виділила соцзаступника, що знав роботу поліклініки, керував окремими масовими заходами (місячника чистоти).

2) Могилівський Шкірзавод шефи вирішують спільно з робітниками підшефної робітничої полікінікн ряд виробничих питань обслуговування та прийому хворих.

Зміст шефської роботи (там, де є відомості) головно полягає в такому:

а) шефи іноді беруть участь у обслідуваннях самої установи, або окремих її частин (Запоріжжя, Київ, Корсунь, Лисичанське, Лебедин, Могилів, Ніжень, Суми, Рикове);

б) беруть участь у заходах органів здоровоохорони щодо оздоровлення побутових умов і очистки касарень, пралень тощо, при чому така робота частенько супроводиться наданням матеріяльної допомоги буд. матеріялами медсанустановам від шефа — підприємства (Київ, Лисичанськ, Запоріжжя, Красний Луч, Попасне);

в) деяка участь у виробничій роботі медустанов (перевірка колдоговора, обговорення раціоналізаційних пропозицій, корективи до них, спільна боротьба за чистоту в цехах та інш.);

г) у більшості місць шефство супроводиться взаємною допомогою, лікарні, поліклініки, користуючись з допомоги будів. матеріялами, транспортом тощо, бронюють у себе місця для лікування шефів робітників, дають допомогу позачергово та інш.

Шефство медсанустанов над низовими ланками

Цей вид шефства практикується ширшою мірою, набуваючи в окремих місцях дуже помітного маштабу. Взагалі це шефство набуло собі прав громадянства, ставши подекуди часткою повсякденної роботи.

Таке шефство маємо в 78 районах. Із них докладніші дані є по 48 районах: в них 103 лікустанови шефствують над 140 ріжними одиницями — об'єктами — переважно над сільрадами, колгоспами та сіль ськими меддільницями. Цікаво відмітити досить інтересний досвід такої шефської роботи в Куп'янці, Градизькому, Валках, Ст. Костянтинові, Кагарлику, Городку, Ніжені, де вся медсанорганізація шефствує над одним і тим самим селом, зосереджуючи на ньому дуже багато уваги, надаючи велику допомогу. Звичайно, таке село або об'єкт обслуговують так, щоб не було перешкод обслуговуванню решти залюднених пунктів.

Наприклад: 1. Ніженські медробітники своїм шефством перетворили відстале село Пашківку, яке два роки тому не розуміло справи колективізації — в село суцільної колективізації, з чималим здоровоохорончим активом.

2. Куп'янські медробітники провели в підшефній Петрівській сільраді (цілком колективізований) велику оздоровну роботу, провели велику очистку житлів, прикріпили туди ряд кваліфікованих медробітників і, нарешті, відкрили в селі постійні дитясла.

Виїзди провадяться регулярно. Улітку в залюдн. пунктах згаданої сільради, працювали 3 бригади медробітників кількістю 50 чоловіка.

Переважна більшість шефської роботи припадає на часи сільсько-господарчих кампаній, але водночас є чимало таких районів, де шефська робота провадиться протягом цілого року (Липовець, Городок, Київ, Тульчин, Кагарлик, В. Лепетиха, Таращa, Корсунь і ряд інш.).

Зміст шефства різноманітний:

а) Надання кваліфікованої меддопомоги (виїздами й в себе);

б) Насадження профілактичних і диспансерних заходів (це переважно по МТС й комунах, де для цього є сприятливий ґрунт).

в) Боротьба за санмінімум і первісне додержування чистоти.

г) Широкі оздоровні заходи, масові огляди, прищепки, налагодження громадського харчування).

д) Саносвітня робота (організація санітарних кутків, бібліотечок із відповідною літературою, читання лекцій.

е) Метеріяльна допомога із зібраних власних коштів, заощаджених матеріялів (перев'язний матеріял, гроші, подарунки дітям тощо) і нарешті допомога підшефному селу фізичною працею в полі (Великий Янисоль — Комуна „Путь к социализму", Липовець, Жукин, Кагарлик та інш.). Помітною була участь медробітників у копанні буряків.

Медробітники районів Куп'янського, Якимівського, Ново-Псковського та Коросунського власними силами й коштами организували в підшефних комунах і селах постійні ясла для дітей.

Варто навести ще декілька прикладів позитивної роботи шефів-медробітників та медустанов:

а) Корсунь — Через організовані 7 гуртків першої допомоги провели 980 осіб, зробили профілактичний огляд робітників двох радгоспів.

б) Ушкальська амбуляторія (В. Лепетиський р-н) набула собі доброго авторитету серед колгоспів і останні дали 2500 крб. на організацію стаціонара на 10 ліжок.

в) Мала-Лепетивська амбуляторія свого часу теж дістала 1000 крб. від колгоспу та ще транспортні будівельні матеріяли.

г) Кагарлицькі медробітники поголовно оглянули членів Зерно-Ярівської комуни, надавши лікування тим, що їхня потреба виявилась підчас освідування. Пересувна дитконсультація віддала комуні особливу увагу. Дали яслам мило, крупи та інш.

Тут же треба відзначити дефекти та хиби:

а) У багатьох місцях робота занепала спочатку зими;

б) бракує транспорту для виїздів;

в) бракує пляновости;

г) не скрізь проведено прикріплення медробітників до певних об'єктів;

д) відвідування недовгочасні та інш.

2. Зинов'ївська робітнича лікарня й далі поліпшує побутові умови своїх робітників.

Про значні успіхи й досягнення Зинов'ївської робітничої лікарні знає наша широка масо-медробітників, знає й наша пролетарська громадськість, а найбільше знає робітництво Зинов'ївських і околишніх підприємств, якому доводилося перебувати в лікарні.

Колегія Наркомздоров'я відзначила ще в грудні місяці минулого року успіхи колективу лікарні та її керівника т. Кондрашева, що запроваджують у своїй роботі вказівки т. Сталіна, правильно й доцільно розташовуючи свої людські ресурси по ділянках роботи, раціоналізуючи свою роботу, ліквідувавши знеосібку та зрівнялівку в зарплаті та інш.

Заходами, скерованими на поліпшення побутових умов життя робітників лікарні (власний гуртожиток та їдальня для одинаків і сімейних робітників, заходи підвищення кваліфікації, навчання персоналу на ходу виробництв та інш.). Лікарня дійшла цілковитої ліквідації плинности медперсоналу. Правильно й широко запроваджений госпрозрахунок, ряд господарчих заходів (власне тваринництво, городництво та інш.) забезпечили добробут лікарні, хворих, що в ній, та медперсоналу, який доклав у цій справі чимало своїх зусиль.

Два місяці тому безпосередньою енергією трикутника лікарні, насамперед головлікаря т. Кондрашева, колектив дістав дальшого поліпшення своїх побутових умов: з 1 серпня почав функціонувати власний будинок відпочинку для робітників лікарні.

Колишній попівський будинок, оточений зеленими насадженнями, в середині великого фруктового саду перетворили на гарно встаткований та обладнаний будинок відпочинку. У ньому дістають собі безплатного двотижневого відпочинку насамперед медробітники ударники колективу Зинов'ївської робітничої лікарні (згадаємо все ж таки, що справжніми ударниками є мало не 80% колективу).

Добре обладнані кімнати, широка веранда, сад, душі, а до цього ще смачна здорова їжа — оце все чимало сприяє тому, що медробітник протягом півмісячного перебування дістає повного й доброго відпочинку та відновляє свої сили.

Організацією власного будинка відпочинку лікарня забезпечила собі справжнє виконання директиви про надання відпустов протягом цілого року, а не лише влітку.

Гарні умови життя в цьому будинку створюють службовцеві лікарні цілковиту змогу й рацію провести тарифну відпустку в належних умовах, без потреби звертатися з клопотаннями до інших організацій.

Гарний приклад Зинов'ївської лікарні справді гідний наслідування.

Редколегія: **Канторовіч С. І.** (відповід. редактор), **Єфімов О. О.** (заступник редактора), **Залкінд А. Л.** (відповід. секретар).

ДВОУ УПП. 7 друкарня ім. Фрунзе. Харків, Дон.-Захарж., 6. Головліт 6267. Зам. 1523. Прим. 6500. $1^1/_2$ друк. арк. В 1 друк. арк. 107.100 зн. Формат пап. 72×110. Здано до складання 28-IX-32 р. Підписано до друку 19-X-32 р.

ПРОЛЕТАРІ ВСІХ КРАЇН, ЄДНАЙТЕСЯ!

БЮЛЕТЕНЬ

НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

РІК ВИДАННЯ 8-й

Редакція: Наркомздоров'я УСРР, Харків, Буд Держпромисловости 6-й під'їзд, 4 поверх

№ 20-21 | ЖОВТЕНЬ-ЛИСТОПАД 1932 року | № 20-21

ПОДАЙТЕ ВІДОМОСТІ ТА АДРЕСИ НОВИХ МЕДИЧНО-САНІТАРНИХ УСТАНОВ

Цього року відкрили на Україні чимало нових установ і закладів охорони здоров'я, яким Бюлетень НКОЗ не надсилається, бо експедиції бюлетеня адреси цих установ невідомі.

Отже редакція просить усіх інспекторів (міських і **районних) охорони здоров'я негайно до початку грудня м-ця** ц. р. подати докладні відомості про знов утворені та відкриті медсанустанови.

У відомостях зазначити таке:

1. Назву установи (лікарня, амбуляторія, диспансер, пункт, поліклініка тощо).
2. Точну поштову адресу (напр.):
 1) пошта: Семенівка, Іванівській медамбуляторії.
 2) м. Лубні, вул. Лібкнехта, 2 роб. сел. поліклініці.
3. Назву міста або району.

Треба також подати відомості про всі зміни, що сталися в назві та адресі вже існуючих установ.

Інспектори охорони здоров'я районів:

Семенівського Київськ. обл.
Андріїво-Іванівського Одеськ. обл.
Велико-Врадіївського „ „
Братського „ „

закликаються подати відомості **про всю свою мережу, що є в районі**, бо в редакції та експедиції таких відомостей немає.

Через те, що бюлетень надсилається всім медсанустановам безплатно, адреси та замовлення треба подавати на адресу редакції бюлетеня, не звертаючись до поштових установ

(Оглав дивись на звороті)

ОГЛАВ

I. ЛИСТИ НАРКОМЗДОРОВ'Я ДО ВСІХ МЕДРОБІТНИКІВ УКРАЇНИ

а) Завдання охорони здоров'я на кінець першої та початок другої п'ятилітки.
б) За краще санітарно-побутове обслуговування робітників районів.

II. ТРЕТЯ ВСЕУКРАЇНСЬКА НАРАДА ЗАВ. ОБЛЗДОРОВВІДДІЛІВ

1) Про найближчу роботу в галузі лікувально-профілактичній.
2) Про найближчу роботу в галузі охматдиту
3) Про роботу в галузі ОЗДП.
4) Про роботу щодо медкадрів.
5) Про санепід. заходи по курортах.
6) Про будівельні та ремонтні роботи.
7) Робота в галузі обліку та статистики.

III. ОФІЦІЙНА ЧАСТИНА

Організаційна частина. 185. Про розмежування та поєднання функцій органів охорони здоров'я та наросвіти з питань оздоровдиту. **186** Про участь цукрових заводів у справі поліпшення медобслуговування. **187.** Про забезпечення медустанов фуражем. **Кадри. 188.** Про ставки зарплати асистентів та інтернів. **189.** Про надвишку до зарплати за вислугою років. **190.** Про виділення коштів на підвищення заробітної плати та преміювання кращих медробітників-ударників. **191.** Про порядок призначення лікарів на судово-медичні посади. **Оздоровлення праці. Промсанітарія. 192.** Інструкція про роботу лікарів, притягуваних за сполученням провадити постійну промислово-санітарну роботу та боротьбу за зниження захоруваности. **Оздоровлення побуту. Попередження розвитку пошесних захорувань. 193.** Угода ЦК ЛКСМУ та Наркомздоров'я УСРР. **194.** Санмінімум піонертабору, піонерколонії та колонії робітничих підлітків. **195.** Про порядок боротьби з інфекційними захоруваннями по школах та дитустановах. **196.** Про оплату за спускання відхідних вод. **197.** Про громадських санітарних уповноважених (додано положення).

IV. ОБ'ЯВИ ТА ПОВІДОМЛЕННЯ

1. Організація при НКОЗ Управління Державної санітарної інспекції та санфізкультури. **2.** Студенти роб. університетів на боротьбу за оздоровлення праці й побуту. **3.** Конкурси.

I. Листи Наркомздоров'я до всіх медробітників України

1. Завдання охорони здоров'я на кінець першої та початку другої п'ятилітки

(Скорочена стенограма промови Наркома охорони здоров'я тов. Канторовіча на нараді завідателів облздоровввідділів 11—13 вересня 1932 року)

Великі й відповідальні задачі, що мають облздоровввідділи, що має вся наша здоровоохоронча громадськість натепер, напередодні другої п'ятилітки, — можна розв'язати лише за максимально-чіткої, координованої роботи самого Наркомата та всієї медико-санітарної організації.

Доповіді та окремі виступи, які ми вислухали на цій нараді, треба просто сказати, доводять, що ми цієї чіткости ще не дійшли. Щоправда, Дніпропетрівська область працює краще за інші, і щодо решти, то неможна сказати, що працюють вони гірше, ніж інші відділи облвиконкомів, проте, потрібної чіткости ще не має в їхній роботі.

Основне питання, що на ньому треба тепер загострити всю нашу увагу й настійність, — це зміцнити наші обласні апарати. Невкладність функцій, багатогранність нашої роботи, потреба щільно пов'язати роботу охорони здоров'я з питаннями соціялістичного будівництва, потреба широко заходитися навколо питань сільського господарства, завдання медично-санітарного будівництва, найсерйозніша та найвідповідальніша протиепідемічна робота, справа організації масового робітничого відпочинку та інш. — оце все настійно вимагає керувати поновому, а керувати саме так за теперішнього стану наших обласних апаратів, — річ, звичайно, дуже важка.

Ось чому треба справі добору обласних робітників віддати тепер виняткову увагу, причому цю справу повинні опанувати самі облздорови, не покладаючись цілком на Наркомат. Дніпропетрівська область проявила в цьому певну ініціятиву, і в наслідок цьому, як бачимо

тепер вона непогано, дає собі раду. Треба, щоб і решта облздоровввідділів попрямували тим самим шляхом.

Т. Косіор на XVII партійній конференції дуже докладно спинявся на питанні щодо добору людей, правильної й чіткої розстановки сил, це бо є один із чинників, що ліквідують знеосібку, що без нього немислимо правильно організувати роботу.

А в тім, ми стикаємося тепер із фактами надто великої плинности керівних робітників. Ось в одному з Харківських медтехнікумів протягом півроку змінилося 8 директорів. Хіба ж може такий стан забезпечити керівництво по новому? — Отже, треба до цього питання підійти особливо серйозно.

Ми не навчилися ще відзначати робітників, що, одверто скажу, могли б бути за приклад для всієї нашої медично-санітарної громадськости України. Усім мабуть відома тов. Медведева з Харківського тубдиспансера, візьмімо, наприклад, Харківську лікарню, що на Ст.-Московській вул. № 103, т. Кондрашова, головлікаря Зинов'ївської робітничої лікарні та ще чимало таких, що невтомно з винятковою відданістю намагаються дійсно піднести здоровоохорону на рівень нинішніх вимог.

Якже ми допомагаємо цим товаришам в їхній важкій, але дуже потрібній роботі, якою мірою створюємо ми їм відповідні умови, стимулюємо бажання цих справжніх ентузіястів домогтися найкращих показників в їхній роботі? — На цій ділянці ми, нажаль, зробили ще замало.

Треба, щоби про цих робітників знали всі; треба, щоб висування та просування гідних людей на відповідальнішу та ширшу роботу стало в нас за систему та застосовувалося би скрізь.

Поряд цього ми недосить іще зацікавлюємо наших периферійних робітників заходами на підвищення їхньої кваліфікації. Недосить провадимо ми культурно-виховну роботу. Ми скликали колись лікарські конференції, і вони багато чого були варті.

Це прилучало периферійного робітника до громадського життя, перетворювало його не лише на виконавця, але й на активного спільника будівництва охорони здоров'я, підвищувало його кваліфікацію; беручи участь у конференціях, він не почував так гостро свою закинутість і самотність там — у дальньому селі, він діставав на конференції настанов і був готовий якомога ширше їх здійснювати.

Такі конференції треба частіше скликати й тепер, треба зробити їх міжрайонними, наситити цікавим матеріялом, що відповідав би питанням сьогоднішнього дня. До цієї справи треба широко притягти наші профспілкові організації, якнайліпше налагодити зв'язок із районами. Треба, щоб кожний райздоровінспектор, кожний лікар і кожний робітник із середнього медперсоналу ясно уявляв собі, — чим живе, за що бореться, чого домагається його обласний здоровввідділ і наш Наркомат у цілому.

Треба розширити інститут міжрайонних інспекторів, прикріпити цих інспекторів до певних районів, щоб вони конкретно відповідали за ці райони, періодично обслідуючи їх, наглядаючи за тим, як провадять там на периферії роботу, як реалізують райони свої пляни, — і щоб ці інспектори виконували також окремі доручення від облздоровввідділів.

Ще раз підкреслюю: треба передусім зайтися коло зміцнення районних здоровінспектур, призначаючи райздоровінспекторів, як правило, із складу місцевих лікарів, утворюючи при них невеликі апарати із фахівців, що працюють, сполучуючи роботу, і технічних робітників (статистиків, діловодів).

Треба всіма заходами домогатися поліпшення матеріяльно-побутових умов медробітників. Недавно в цьому питанні видано спеціяльну постанову від ВУЦВК'у та РНК УСРР. Здавалося б, обласні відділи, міські та районні інспектури охорони здоров'я повинні негайно взятися реалізовувати цю постанову, утворити навколо неї громадську думку, провести певну масову роботу й домогтися того, щоб районний медперсонал дійсно й за всяку ціну отримав би постачання згідно з нормами, що встановив Раднарком. Адже ж, не поліпшивши матеріяльно-побутових умов робітників, ми не уникнемо плинности, не зможемо вербувати й готувати оці кадри, ми позбавимося змоги розширювати нашу мережу. Хіба це не зрозуміла річ? А в тім, із усіх завідателів облздоровввідділів один лише т. Шрайбер*) схотів і зумів домогтися більш або менш повної реалізації згаданої постанови ВУЦВК'у та РНК.

*) Зав. Дніпропетрівського Обл. З. В. — Ред.

Навіть незалежно від даної постанови, якби на сьогодні виконали торічну директиву Наркомздоров'я про розгортання допоміжних господарств де тільки можливо — і при міських і сільських лікарнях, диспансерах тощо, — ми вже тепер мали б чималу вкладку в справу поліпшення матеріяльно-побутових умов наших медробітників. Спроби Харківської психіятричної лікарні, Зинов'ївської, Вінницької лікарні, спроби тов. Сенеша з Дніпропетрівського нас у цьому яскраво переконують.

Проте, очевидно, місця ще недооцінюють ваги, що мають допоміжні господарства.

Треба тепер широко зайтися навколо цієї справи, отримати кредити для заготівлі овочей і харчових продуктів для медробітників і для учнів медВИШ'ів і медичних технікумів.

Треба прикріпити найцінніших людей (професуру, наукових робітників) до окремих інститутів, санаторій, лікарень та коштом цих установ їх харчувати.

Треба створити такі умови, щоб за них люди могли б дійсно працювати та ще по ударному. Усю власну енергію, гнучкість, уміння переборювати труднощі, а також допомогу від колгоспного населення в справі забезпечення медробітників речами першої потреби, — треба тепер мобілізувати та якнайліпше використати.

Я повторюю: матеріяльно-побутові умови медперсоналу треба якомога поліпшити та всіма силами й способами домогтися на місцях цілковитої реалізації постанови ВУЦВК'у та РНК. Треба, щоб наші медробітники вже найближчими днями почули цей поворот. Це є одна з умов т. Сталіна щодо фахівців, і її треба повногою й за яку завгодно ціну реалізувати.

Тепер щодо пляну 1932 року. За даними, що є, плян 1932 року виконують на місцях непогано. Матеріяли, які має пляновий сектор від 100 або 150 районів, — доводять, що в багатьох районах маємо цілковите виконання, а подекуди — навіть перевиконання пляну. Проте міркувати про роботу всієї нашої мережі ми поки що не можемо, бо III кварталу ц. р. дістали надто мало матеріялів од областей і районів. Минулого року нас інформували безпосередньо райони, а тепер отримуємо з місць дуже мізерні відомості. Немає ще в нас чіткого зв'язку з периферією через області. Звідси маємо відірваність од конкретної роботи районів, од їхніх повсякденних задач, цілковиту відсутність або надто велику недостатність відомостей про ступінь виконування директив партії та уряду в галузі охорони здоров'я.

Якщо урахувати тут потребу для НКОЗ подавати різні матеріяли до вищих директивних, урядових і плянових органів, коли проводимо ми там ті або ті питання охорони здоров'я, і якщо взяти до уваги потребу пов'язувати багато питань із іншими організаціями та урядництвами, то стане явним, що така відсутність матеріалів надто неприятливо відбивається на якості керівництва від Наркомздоров'я.

Ми складаємо тепер контрольні числа на 1933 рік. Наркомат стоїть перед певними труднощами подання найрізноманітніших відомостей до Держпляну та інших організацій, а нам невідомо, як реалізують плян 1932 року і як реалізують єдиний фінансовий плян, як мобілізують кошти інших організацій на потреби здоров'оохорони.

Ось чому треба нам негайно налагодити справу контролю виконання не тільки в обласних апаратах, але також і по всій медично-санітарній організації.

До всієї нашої роботи треба підходити під поглядом самоперевірки. Треба, крім цього, щоб пляново-економічне управління НКОЗ контролювало, як виконують оперативні сектори їхні пляни; оперативні сектори повинні чітко уявляти, як виконує периферія свій плян, а облздороввідділи повинні знати, як реалізуються пляни в районах.

Оцю всю роботу треба якнайчіткіше поставити, цим самим усунути непорозуміння, що трапляються в нас на сьогоднішній день. На це питання повинна звернути найпильнішу увагу вся наша мережа від Наркомата аж до медтільниць.

Ще не налагодили в нас звітність щодо витрачених грошових сум. Звітні матеріяли місць ще не надходять систематично й пляново, а це набагато утруднює нашу роботу. Відомо, що Держбанк, Наркомфін, поки не отримують звітности минулого періоду, коштів не відпускають. На місцях же ще не поставили звітности як слід. Так само ще не домоглися ми того, щоб здійснювати повсякчасний систематичний контроль над додержуванням режиму економії та фінансової дисципліни. У наслідок маємо слабкий контроль, інколи стикаємося з випадками безгосподарности, зайвого витрачання коштів за відносно низької якости роботи.

Ось чому організації звітности та статистики треба надати тепер дуже велику вагу. Треба складання звітности доручати особам, що мають відповідну підготовку, утворити їм сприятливі умови, і це себе безперечно окупить ще з достатком.

Дальше питання — це наш бюджет. Треба нам 1932 року за яку б то не було ціну домогтися цілковитого (на 100%) виконання бюджету, одержати все, що нам належить. За відомостями, що є,—страхкаси сплачують нам гроші з великими перебоями та труднощами. Наші медично-санітарні установи зазнають чималих труднощів, не мають бо змоги одержати від банків потрібних їм сум на придбання харчів, на зарплату, ремонтних робіт тощо. Треба на місцях через відповідні організації добитися, щоб відпустили кошти на певні потреби готівкою.

Переходжу до будівництва й ремонтних робіт. Тут наша основна задача полягає в тім, щоб засвоїти асигновані кошти. За нашими відомостями, на місцях не тільки не дійшли цього, але значною частиною навіть не отримали грошей на будівництво й ремонт. Деякі наші РЗІ не знають, що невитрачені за призначенням будівельні суми можна використати на ремонт.

У багатьох місцях виникають труднощі підчас одержання асигнованих сум. Напр., Харківський міськздороввідділ не міг добитися, щоб видали виділені йому 700000 крб. на ремонт. Нашим завданням є водночас не тільки максимально використати на справу будівництва й ремонтів суми, відпущені на це за бюджетом, але також домагатися, щоб із місцевих коштів ще відпустили на це додаткові суми.

Думка про те, ніби Наркомздоров'я повинен і зможе відремонтувати всю мережу власним коштом, є абсолютно неправильною та шкідливою. Успіх здійснення будівельних і ремонтних плянів треба забезпечити саме тим, щоби максимально використати місцеві матеріяли й кошти. До цієї справи треба широко притягти промисловість, радгоспи та колгоспи, а також кошти місцевого бюджету.

Треба повнотою використати останній наказ тов. Орджонікідзе й домогтися, щоби трести, заводи, промисловість будували та відводили приміщення для медсанцехів, яселі, лябораторій тощо. Адже ж у зниженні захоруваности підприємства зацікавлені не менше за нас,

Мені здається, що ми повинні поставити собі абсолютно здійснювану задачу — на XV річчя Жовтневої Революції відремонтувати всю нашу мережу (доречі, вона перебуває не в такому вже кепському стані) і за всяку ціну закінчити ті 72 о'бєкти будівництва, про які має вам доповісти від сектора медсанбудівництва тов. Кохан.

Тут потрібна тільки відповідна ініціятива й настійність. Ми маємо чимало прикладів такої настійности області, також і в Харкові (будівництва, що ними керують т. т. Скрипт, Файншмідт), у Мелітополі (будівництво лікарні), Пущі-Водиці та інші.

Кожний мусить ясно зрозуміти: треба навколо будівництва ремонтів зайтися на місцях, доручити це енергійним, ініціятивним людям організувати на будівництвах невеликі допоміжні підприємства і тартаки, цегельні тощо. Од місцевих організацій треба й можливо добитися відпуску потрібних будівельних матеріялів, щоб у найкоротший термін, якнайповніше та з найбільшою ефективністю виконати завдання в галузі медсанбудівництва.

Дальше питання—це забезпечити медсанмережу приміщеннями. Цьому питанню ми мусимо приділити найсерйознішу увагу. Останнім часом випадки забирання наших приміщень, щоби використати їх на сторонні потреби, почастішали, стали мало не системою, а найгірша та найвиразливіша річ є в тім, що місцеві органи здоровоохорони, які здавалося самі повинні негайно та бурхливо реагувати на такі неподобства, протестувати перед прокуратурою, РЗІ та інш. органами, апелювати через пресу, мобілізувати громадськість на боротьбу за збереження приміщень,— самі органи здоровоохорони скрізь обмежуються лише тим, що сповіщають Наркомздоров'я про це.

У селі Хирівці Знаменського р-ну загарбали амбуляторію та заразний барак, у Луганському дитячу санаторію, у Макіївці — ясла. Найгіршої долі зазнали будинки санкультури: їхні приміщення забрали в Охтирці, Березівці, Кривому Розі. У Дніпропетровському забрали будинок гуртожитку медінституту і тамошній директор замість за всяку ціну зберігти приміщення, попрямував шляхом найменшого опору і знайшов «вихід" у тому, що розмістив у... учбовому корпусі самого інституту. І це значить — обстоювати мережу? Адже ж є не менше за десяток постанов і деректив вищих органів, що категорічно забороняють розбазарювати фонд приміщень нашої мережі. Отже треба обов'язково домогтися, щоб повернули всі приміщення нам і надалі не заспокоюватися аж доти, поки не реставрують усю нашу мережу.

Чергове найсерйозніше питання — це **мобілізація громадської самодіяльности у справі здоровоохорони.** Утворене згідно з постановою Раднаркому т-во оздоровлення праці й побуту мало на меті замість колишніх КОПІП'ів, ряд соціяльної допомоги, тубосередків, венoсередків тощо — організувати самодіяльність у єдиних осередках оздоровлення праці й побуту.

На практиці маємо ліквідацію колишніх КОПП'ів та інших дрібногромадських осередків, а поряд цього — цілковиту відсутність яких би то не було нових форм громадської самодіяльности на периферії. Усі спроби оживити цю роботу поки що успіху не мали. Ми стикаємося тут із найсерйознішим недооцінюванням цієї справи, великої політичної ваги від місцевих організацій.

Наркомздоров'я має відтепер щільно зайтися навколо питань організації самодіяльности, і я настійно прошу всіх завідателів облздороввідділів і через них — всю нашу медично-санітарну громадськість — приділити цій справі суто пильну увагу.

Хіба ж треба кого-небудь переконувати, що тільки за допомоги та під контролем самих трудящих можна правильно будували здоровоохорону, наблизити справу медсанообслуговування до трудящих, що лише за розгорненої масової роботи й самодіяльности можна дійсно забезпечити поліпшення й раціоналізацію роботи наших лікувально-профілактичних установ.

Якби дійсно мали ми навкруги наших медсанорганізацій міцний згуртований актив,— хіба ж траплялися би такі ганебні явища, як Н. Сірогізька або Макіївська справи? Хіба довелося б нам говорити про забирання наших приміщень? Адже ж сама суспільність учинила б такому забиранню в усякому разі більший опір, ніж директор Дніпропетрівського медичного інституту.

Та й масові оздоровні заходи і організація найпростіших лазень, пралень, голярень, душів дезінфекційних установ, масовий робітничий відпочинок, боротьба з вошивістю — адже ж оце все аніяк не можно здійснити та організувати без широко розгорненої самодіяльности. Т-ва оздоровлення праці й побуту треба оживити, треба коло цієї справи енергійно попрацювати. Треба забезпечити ці товариства ініціятивними та енергійними людьми. Треба поставити перед обласними й районовими партійними комітетами, комсомольськими й професійними організаціями питання виділити до т-ва активних товаришів для постійної масової та організаційної роботи. Треба пам'ятати, що це органічно пов'язується з питаннями будування здоровохорони, із справжнім наближенням медично-санітарної допомоги трудящим. Не бачити й не розуміти цього зв'язку—це значить не розуміти суті директив партії в справі здоровохорони.

Тут же треба сказати й про ліквідацію санітарної неписьменности, наша саносвітня організація, що набагато зросла та зміцнилася протяом остинніх років—непогано дає собі раду у виконанні своїх завдань щодо санітарної освіти мас. Це відзначили, між іншим на останній нараді при Держплані СРСР, що відбувалася в Москві навесні цього року,

Проте, хіба можна серйозно гадати, що 100-150 саносвітробітників на Україні дійсно можуть ліквідувати санітарну неписьменність мільйонів. У цій справі потрібна активна участь усієї медично-санітарної громадськости. Я мушу повторити тут, що ми говорили неодноразово: кожний лікар, лікпом, санітар повинні притягуватися до запровадження систематичної санкультроботи.

Найближчим часом видадуть закон про ліквідацію саmітарної неписьменности. Зуміти вхопитися за цей закон, довести його до кожного медробітника, до кожного робітничо-колгоспного активіста, перетворити ліквідацію санітарної та санітарно-технічної неписьменности на справу мільйонів трудящих нашої країни, практично втілювати санітарно-гігієнічні навички у працю й побут, розгорнути боротьбу за чистоту, за виконання санітарного мінімуму,—ось що мусить стати справою чести кожного члена великого колективу медробітників України.

Треба ще й ще раз переглянути форми й зміст нашої санкультроботи і зробити її справді масовою, наситити політичним змістом, зробити її такою, щоб вона дійсно кликала, організовувала трудящих на боротьбу за виконання директив партії в галузі охорони здоров'я. Будинки санкультури, санітарно-гігієнічні консультації, районні освітні бази, куточки по будинках колективіста, хатах читальнях, виставки бібліотеки—оце все треба розвивати якомога більше й ширше.

Масові університети, як відомо, повнотою себе виправдали, але ми маємо їх дуже мало. Треба, щоб філії цих університетів були розкидані по всій Україні. Наш ліміт—мати 10.000 слухачів до кінця 1932 року — треба виконати повнотою. Слухачі масових робітничих і колгоспних університетів — наші справжні масові кадри, можуть дати величезну користь здоровоохоронній справі. У галузі поліпшення санітарного стану підприємств, цехів, у галузі боротьби за чистоту, за зниження захоруваности, боротьби з травматизмом на виробництві, наші активісти можуть відіграти велику ролю, бо вони знають своє виробництво, свій колгосп та своєю активною участю можуть допомогти нашим медсанорганізаціям — усунути основні санітарні дефекти, що є по підприємствах і колгоспах.

Охматдитську роботу треба тепер поставити якнайширше. У Наркоматі утворюється тепер окреме Управління охматдиту. Є спеціяльна постанова ЦК щодо розгортання охматдитівської роботи. Треба нам домогтися, щоб по всіх районах обов'язково завели штатні посади інспекторів у справі охорони материнства й дитинства.

Треба розвинути велику роботу з будівництва ясел, широко притягуючи до цього колгоспні кошти. Максимальне втягування жіночого активу в справу будівництва нашої охматдитівської мережі та мережі ОЗДП може стати нам на велику допомогу.

Наші останні обслідування периферії доводять, що 6 історичних умов т. Сталіна виконують на місцях геть неповнотою.

Ще й тепер ми стикаємося з фактами знеосібки в лікуванні хорого, у вартуванні лікарів, ми не використовуємо на місцях всієї мережі лікарень, поліклінік, диспансерів, щоби на їхній базі розширити підготову кадрів. Ми ще не маємо чітких плянів по окремих медсанустановах, а де такі пляни є, їх не доводять до окремих медробітників, їх не обговорюють на виробничих нарадах.

Ми ще спостерігаємо величезні черги по поліклініках, диспансерах, маємо знеосібку в санітарному нагляді, у нас бракує чіткої планової роботи прикріплених до певних об'єктів лікарів. Визначені тут дефекти треба за допомогою широкої самокритики якомога скоріше вижити.

Найсерйозніше питання, на якому я вважаю за потрібне спинитися, це **обслуговування села**. Останнім часом ми маємо певне зрушення в справі медично-санітарного обслуговування села, але цього зовсім недосить.

У світлі рішень III-ої Всеукраїнської партійної конференції поворот на село треба зробити негайно. Треба якомога ширше розгорнути мережу в колгоспах коштом цих колгоспів. Пологові ліжка, амбуляторії, лікарняну допомогу — це все треба якнайширше розгортати, щоб село дійсно почуло, що ми його по більшовицькому обслуговуємо.

Всією силою наркоматського колективу треба різко обернутися до села, поклавши керівництво цією справою на одного з членів колегії.

Треба дати селу додаткові кошти та можливу кількість обладнання, білизни. Із дев'яти мільйонів, додатково асигнованих з фонду меддопомоги, треба вже тепер виділити 2-3 мільйони для села.

ВАУ мусить значну частину своїх медикаментів, речей обладнання, інструментарія перекинути на село. Звичайно, не слід розуміти це так, що постачання села можна реалізувати повнотою коштами Наркомздоров'я із централізованих фондів: наші облздороввідділи, особливо РЗІ; повинні на місці мобілізувати максимум можливого, щоб перекинути на село.

Накреслено ряд дуже потрібних заходів на обслуговування села, але значної частини цих заходів ще не реалізували, не тому, звичайно, що ми недооцінюємо цієї справи, а тому, що село, організація всебічного обслуговування його, вимагає дуже чіткої та поглибленої роботи. До цього треба нам якнайскоріше підійти.

Треба завести в систему відрядження бриґад із міських лікарів і середнього медперсоналу, щоб піднести якість медсанобслуговування на селі. Треба розгорнути якнайбільше сільських пунктів першої допомоги; зокрема по селах, найвіддаленіших од міських і районних центрів.

Я категорично заявляю, що треба, як правило, відряджувати міських лікарів на село не на постійну роботу, а на 6 місяців, навіть на 3 місяці, а потім замінювати їх іншими.

Треба прикріпити певних лікарів поліклінік і диспансерів до певних сел для систематичних виїздів у ці села. Адже за теперішнього стану з надто обмеженими можливостями щодо кадрів — це є найпевніший шлях справді поліпшити медсанобслуговування колгоспів і радгоспів.

Ті настановлення, що випливають із генеральних договорів Наркомздоров'я з ЦК ЛКСМУ, Укрколгоспцентром, кооперацією та іншими зацікавленими організаціями й відомствами, треба повнотою використати на селі.

Розгортання дитячих садків, ясельну роботу, особливо щодо перетворення сезонних ясел на постійні, треба реалізувати в такий спосіб, щоби жінку дійсно притягували до польової роботи та щоб вона мала змогу брати активну участь у громадському житті на селі.

Щодо масових оздоровних заходів, — а про це ми говорили й писали неодноразово, — все, що можна використати на селі в розумінні розгортання примітивних лазень, душів, голя-

рень, дезустанов, організації масового здорового відпочинку тощо, — оце все треба максимально й якнайшвидче реалізувати. Треба засвоїти те, що шлях до дійсного оздоровлення села йде тільки напрямком широко поставлених оздоровних заходів.

У всіх своїх директивах ми неодноразово відзначали потребу втілювати диспансерні методи роботи на селі. — Адже ж без цих методів, без широкої диспансеризації хіба можна серйозно говорити про поліпшення умов праці й побуту на селі, про якісно високе медобслуговування колгоспів? Ось чому розширити мережу нових лікарських пунктів на селі та зміцнити ті, що вже є, та що забезпечують наш вплив у справі вивчення та оздоровлення праці й побуту колгоспників — це мусить стати потрібним ділом усіх РЗІ, всієї нашої медично-санітарної організації на селі.

Наші міжрайсанстанції повинні особливо чітко розгорнути свою роботу в боротьбі із заразними захворуваннями на селі.

Їх треба тепер зміцнити людьми, коштами, транспортом, перетворити їх на справді бойові штаби протиепідемічної роботи на селі.

Ми недосить іще поставили обслуговування колгоспних базарів. Їхній санітарний стан не цілком задовільний; амбуляторна допомога на колгоспних базарах, саносвітня робота, забезпечення медикаментами та ще інше, — щодо медсанобслуговування колгоспних базарів лишає бажати кращого.

Маємо ряд постанов, що за ними органи комунального господарства спільно із санітарними організаціями, повинні привести базари до санітарного ладу. Треба примусити комгоспи зайтися навколо цих питань. Треба па цю галузь роботи звернути найсерйознішу увагу й найкоротшим часом усунути всі дефекти. Треба дійсно показати колгоспникові, одноосібникові, що ми робимо все залежне від нас й максимально можливе, щоб поліпшити надавану йому меддопомогу.

Ще недосить уваги приділяємо ми нашому людському складові (зокрема, що працює на селі), його якісному цінуванню та ліквідації зрівнялівки серед медичних робітників. На цій ділянці маємо ще різнобій. Ось конкретний приклад: Роменській лікарні призначили молодого лікаря й відразу дали йому 450 крб. на місяць, хоча лікар цей дуже молодий та не має майже будьякого досвіду. Можна навести ще чимало прикладів, коли молодих лікарів, що оце тільки скінчили інститут, що досвіду майже не мають, настановлюють за головних лікарів, дають їм велику ставку зарплати, тоді, як їхні ординатори — лікарі з великим стажем, що довгий час працюють на селі, д стають набагато менше й через це звичайно почувають себе скривдженими. Хіба це може не відбитися на якості медобслуговування?

Добір в інтернатуру та аспірантуру провадять у нас здебільшого коштом міських контингентів. Ми частенько спускаємо з уваги, забуваємо, що лікар, який справді довгий час працює на селі, що провадить там суто потрібну роботу й на думці не має звідти виїхати (а таких маємо чимало!) — почуває себе скривдженим, обійденим. Мені здається — треба остаточно умовитися: *інтернів запрошувати із села, з периферії*.

Далі — щодо оборони правного стану лікаря середнього медперсоналу, уміння хутко реагувати на їхні листи, запитання щодо активного підтриму їх від авторитету облздоровідділу, НКОЗ, — ця справа не править ще у нас за систему.

Можна навести багато прикладів викривлення партійної лінії щодо лікарів спеціялістів. Про всі такі випадки треба подавати до відому прокуратури, організувати цілі кампанії в пресі, всю громадськість треба підняти на боротьбу з головотесами, які, викривляючи директиви партії та уряду щодо медперсоналу, фактично зривають справу медобслуговування на селі. Медперсонал мусить почути, що ми його обороняємо, що не забуваємо про нього, що не залишаємо жодного випадку перекручування партійної лінії про наших спеціялістів без відповідного реагування, доведеного до кінця.

Поруч цього треба нам дуже серйозно займатися громадсько-політичним вихованням всієї маси медичних робітників, особливо ж на селі, де в цьому зробили поки що замало.

Закінчуючи треба сказати: ще багато завдань мають тепер облздороввідділи, вся наша медично-санітарна громадськість у галузі медсанобслуговування трудящих мас, і тільки вмілим та цільоспрямованим керівництвом, конкретною відповідальністю за певні ділянки роботи, тільки розгорненою непослабною масовістю в нашій роботі — ми дійсно спроможемося поліпшити справу здоровоохорони і справді поставити її служити соціялістичному будівництву.

2. За краще санітарно-побутове обслуговування робітничих районів

Ще в серпні минулого року „Правда“ *) гостро підкреслювала, що „на фоні нових перемог та успіхів ділянка санітарно-побутового обслуговування робітничої кляси стоїть далеко не в перших лавах“, і що „у справі поліпшення культурно-санітарних умов ми повинні й можемо в найкоротший термін домогтися різкого перелому“. Минув з того часу вже не такий короткий термін, наближується кінець першої п'ятилітки, але різкого перелому в санітарно-побутовій роботі, за який писала „Правда“, — ми ще й досі не маємо.

Коли підрахувати всі заходи, переведені за останній рік і спрямовані на поліпшення санітарного стану робочих селищ на здійснення санітарного мінімуму в робітничому гуртожитку, на культурне утримання робітничої їдальні, — то зроблено на перший погляд чимало.

Щоб посилити на місцях санітарно-побутову роботу — до промислових районів неоднаразово відряджувалися десятки спеціяльних бриґад з лікарів та наукових робітників, які кожного разу протягом 1½ — 2 місяців працювали в робітничих селищах і допомагали місцевим органам організовувати боротьбу за оздоровлення робітничого побуту. Щоб організувати постійний нагляд за санітарним станом робітничих гуртожитків, їдалень, лазень тощо — до цих об'єктів тепер прикріплюються спеціяльні лікарі з числа місцевих медробітників. (Таких лікарів по Україні є вже більше за 2.000). Порядком організації громадської самодіяльности тепер утворений інститут сануповноважених зі складу робітників, які наглядають за чистотою в їхніх цехах, їдальнях, гуртожитках та селищах у цілому; уповноваженим надається право вимагати від адміністрації підприємств та закладів усунення санітарних дефектів, брати участь в опрацюванні санітарних правил, самостійно накладати штрафи розміром до 10 крб. тощо.

На сьогодні більшість робітничих селищ забезпечена примітивними лазнево-пральними установами (разом їх виготовили та розподілили на УСРР близько 1.600), дезінфекційними камерами (їх є понад 1.000) і тимчасовими дезінсекторами, щоб знищувати комах-паразитів поточного року провели величезну кампанію щеплень, що забезпечують від пошесних захорувань: так, щепленням проти віспи охоплено майже всю людність УСРР (26.000.000 осіб) і проти черевного тифу близько 3.000.000 осіб (з них понад 1.000.000 у Донбасі).

Маючи на меті піднести санітарно-культурний рівень самої робітничої маси — тепер утворено численні масові робітничі університети, де десятки тисяч робітників протягом порівняно короткого часу й не відриваючись від виробництва — набувають основних знань із питань гігієни та санкультури. Через систему курсів ліквідації санітарної неписьменности поточного року буде перепущено до 120.000 працюючих. Кількість популярних брошур та плякатів з санітарної освіти, що їх розповсюджено 1932 року, — сягає 850.000 примірників.

Проте, практичні наслідки від усіх цих заходів надто недостатні, і робітник наш все ще не має того мінімуму санітарно-побутового доброустрою, який ми йому повинні забезпечити.

Наведемо тут дещо з газетних повідомлень і актів бриґад про санітарний стан місць громадського користання в промрайонах.

У робітничому селищі при Ново-Горлівському заводі ніщо не нагадує за культурне людське житло. Бруд, сміття, покиди — таке зовнішнє оформлення колонії...

Такий самий безрадісний стан і всередині гуртожител. Незабаром зима, а по бараках досі не розпочали навіть елементарного ремонту. У 19 гуртожитлі підчас дощу по кімнатах та у коридорі стоїть вода.

Такий самий стан і у Красному Лучі: „Нема уваги дрібницям побуту, культурно-побутовим потребам робітників.

Що їм (профспілковим організаціям) такі „дрібниці“, як відсутність у робітника світла, води, брудне помешкання.

Не краще стоїть справа й у Костянтинівці: у гуртожитках пляшкового заводу, де живуть робітники, — повно бруду.

Вбиральниці прибирають нерегулярно, білизну перуть протягом декількох місяців, а тому постіль брудна, засмальцована“.

На Харківському тракторному заводі значно відстали темпи культурно-побутового обслуговування робітників від темпів розвитку завода. Ми (бриґада „Правди“) відвідали всі бараки,

*) Передова стаття в нумері з 11-8—1932 р.

їдальні, червоні кутки, лікарні, нові будинки й переконалися в тім, що культурно-побутове обслуговування є безперечно одна з відсталих ділянок заводу“... Низові партійні та професійні організації, як і раніш, лишаються байдужими глядачами бездіяльности заводоуправи та ЗРК, які ігнорують директиви партії щодо постанови громадського харчування на належну височінь.

Задовільніше стоїть справа на другому промисловому гіганті — Дніпрокомбінаті, де добре розгорнули роботу по місячнику чистоти, є певні наслідки в поліпшенні робітничого побуту, але ряд виселків значно відстали в санітарному стані і, насамперед, це 13-й та 14-й.

А ось характеристика того, як ставляться місцеві організації до санітарно-побутових умов с.-г. робітників у Городнянському р-ні: „Керівники наших найбільших радгоспів... виявляють наплювательське ставлення до профілактично-оздоровних заходів і вимог органів санітарного нагляду... Грязь у садибі, недостатній контроль або цілковита відсутність його на кухні, сила мух у їдальні, невпорядковані колодязі і смітники, відсутність лазні й душа, або лазня у жахливому стані — ось що ми бачимо в цих радгоспах“.

Звичайно, ті негативні приклади, які ми тут наводимо, неможна вважати за такі, які можна пристосувати до всіх без винятку робітничих селищ та промислових центрів. Звичайно, є такі селища, де питання робітничого побуту стоять у центрі уваги місцевих організацій, де зосереджується навколо цих питань громадський актив, і де, у наслідок цього, санітарний стан робітничого житла та їдальні набагато кращий, ніж по вищепереліченим залюдненим пунктах. Так, санпобутові бриґади Наркомздоров'я відзначають значне поліпшення санстану гуртожител у Гришинському р-ні на шахті ім. Мельникова, на Енергобуді, в деяких селищах Лисичанського р-ну. В Сорокінському районі до справи впорядкування гуртожител притягли жінок робітників-домгосподарок, і це дало найкращі наслідки.

Але в цілому питання санітарії та доброустрою ще набагато відстають від потреб робітництва, і тут мимоволі стає питання: Чому ми досі, не зважаючи на всі категоричні директиви партії й уряду, — у справі поліпшення санітарно-побутових умов маємо таке недостатнє зрушення?

На це питання цілком вірно і за теперішніх умов відповідає торішня стаття з „Правди“ за яку ми вже згадували: „поліпшення санітарно-побутових умов життя робітників стикається не так з браком коштів та іншими „об'єктивними“ умовами, як з тим, що немає певного піклування та уваги до цих питань від відповідних радянських і господарчих органів, місцевих, партійних, професійних і комсомольських організацій.

І тепер, так само, як і минулого року, — більшість цих організацій на місцях стоїть осторонь запровадження оздоровних заходів, і через це заходи, що їх запроваджує Наркомздоров'я, — не набувають потрібного розвитку.

Зокрема, так званий, місячник чистоти, який двічі провадили поточного року, дав конче незначні практичні наслідки.

Значна частина міжвідомчих надзвичайних санітарних комісій (і зокрема — Харківська), що повинні керувати боротьбою за санітарний мінімум і за ліквідацію пошесних захорувань, — працюють безсистемно і зовсім не виправдовують свого найменування.

Утворене на початку поточного року єдине т-во оздоровлення праці й побуту, що мусить зосередити та організувати ввесь мільйонний громадський актив охорони здоров'я, не зустрічаючи будь-якої підтримки від обласних і низових організацій, — існує фактично на папері і досі не вийшов, з так званого „організаційного періоду“.

Постанови уряду санітарний мінімум, здійснювати широке лазнево-пральне будівництво, налагодити регулярну очистку селищ — реалізуються у промислових районах недозволено-повільними темпами.

Промислові і господарчі організації систематично уникають виконувати покладені на них законом обов'язки допомагати органам охорони здоров'я у переведенні оздоровних заходів, асигновувати кошти на санітарно-епідемічну роботу, будувати приміщення для медсанцехів, санітарно-ізоляційних пунктів тощо.

За безпосередній наслідок такого байдужого ставлення до питань оздоровлення робітничого побуту є те, що й ті окремі досягнення, яких дає санітарно-побутова робота, — у більшості не закріплюються, і нерідко цілком впорядкована показова їдальня або гуртожиток через брак уваги до їхнього стану — за 1-2 м-ці перетворюється на брудне неохайне приміщення; є так само випадки, коли одержувані за рознарядкою Наркомздоров'я лазнево-пральневі установки залишаються невикористані і за них забувають; відомі також численні приклади, коли приміщення, що їх недавно або навіть спеціяльно побудовано під санітарно-побутові заклади (ізоля-

ційно-перепускні пункти, дитячі ясла), місцеві господарники раптом відбирають і передають для цілком інших потреб).

Коли починаєш доводити господарникові (а іноді звиклому до санітарно-побутових хиб лікареві), що налагодити боротьбу за оздоровлення робітничого побуту ми маємо цілковиту спроможність, що від цього значною мірою залежить і зниження захоруваности робітників, і виконання промфінплянів,— то на це частенько доводиться чути відповідь: „Ми це знаємо, але у нас не вистачає коштів, бракує робітників і матеріялів".

Що це є лише опортуністичне посилання на об'єктивні причини, що за сучасних умов можна й треба домогтися поліпшення санітарно-побутових умов робітництва,— цілком зрозуміло всякому, хто уявляє собі вагу культурно-санітарної роботи та зміст і характер наших завдань у цій справі.

Адже ж підтримувати чистоту в робітничому житлі, дбати за смачне виготовлення страв у громадській їдальні, примусити господарників вивозити сміття з території робітничих селищ, зосередити на питаннях втілювання санітарного мінімуму увагу місцевих громадських та професійних організацій, активізувати участь самої робітничої громадськости у справі поліпшення санітарно-побутових умов,— всі ці завдання можна розв'язувати за всяких об'єктивних труднощів.

Проте, розв'язати їх ми ще не спромоглися. Такий стан далі терпіти неможна: ми живемо напередодні другої п'ятирічки, коли доведеться здійснювати історичні рішення 17-ої партконференції не лише в галузі величезного розвитку народнього господарства, а й у справі нечуваного піднесення добробуту працюючих; тому, всілякі спроби опортуністичного ставлення до питань оздоровлення робітничого побуту повинні зазнати рішучої відсічі.

Кожний, кому доводиться брати участь у вирішенні питань робітничого побуту, повинен завжди твердо пам'ятати слова тов. Сталіна: „Теперішній робітник, наш радянський робітник хоче жити, задовольняючи всі свої матеріяльні та культурні потреби і щодо продовольчого постачання, і щодо житла, і забезпечення культурних та всіх інших потреб. Він має на це право і ми повинні забезпечити йому умови".

Поряд цього величезної ваги набуває завдання максимально підвищити рівень санітарної культурности широких мас робітників (зокрема тих, що знову вступають на виробництво).

Невідкладне завдання — домогтися такого стану, за якого прагнення чистоти перетворилося б на справжню органічну потребу кожного працюючого. І коли сам робітник дбатиме за власну охайність і за чистоту навколо себе, коли він активно допомагатиме боротьбі за санітарний мінімум, коли в цій справі візьмуть активну участь всі без винятку радянські, господарські, професійні й громадські організації на місцях,— ми, безперечно, дійдемо перемоги на фронті санітарної культури та оздоровлення робітничого побуту.

II. Третя Всеукраїнська нарада зав. обласних здоровввідділів (11—13 вересня 1932 р.)

Резолюції та постанови:

1. Про найближчу роботу в галузі лікувально-профілактичній

(Допов. тов. Аронштам С. Л)

1. Знову звернути увагу всіх облздоровввідділів, що відповідей на надзвичайно термінові та важливі запитання, або зовсім не надсилають, або надсилають з великим запізненням та надзвичайно неповно.

Остаточно пропонувати ОЗВ налагодити справу щільного зв'язку з наркоматом та окремими його управліннями й секторами.

2. Запропонувати облздоровввідділам звернути максимальну увагу на медобслуговування колгоспних базарів згідно з директивами НКОЗ та терміново зібрати докладні відомості про стан медобслуговування по всій області, подавши до наркомату спис, де такі існують та як обслуговуються меддопомогою.

3. Звернути особливу увагу облздоровввідділів на велику можливість розширити та якісно поліпшити медсанмережу коштом колгоспів, на потребу широко інструктувати райздоровінспек-

торів, як треба провадити кампанію втягування колгоспних коштів, опрацювати конкретні пляни й завдання для РЗІ та головлікарів лікарень для цієї кампанії та систематично перевіряти, як виконують на місцях. Треба встановити преміювання для окремих РЗІ, що ретельно та ефективно виконали завдання втягування колгоспних коштів.

4. Запропонувати облздороввідділам всіма засобами сприяти розвиткові платної меддопомоги на підставі обіжника НКОЗ про платвість у лікустановах.

5. Для поліпшення медобслуговування окремих радгоспів та колгоспів, більш-менш значно віддалених від існуючих лікустанов, обов'язково вживати методи прикріплення окремих медробітників до цих пунктів.

6. Категорично запропонувати облздороввідділам перевести на форми роботи єдиних диспансерів медсанмережу в тих пунктах, які накреслено було в обіжникові НКОЗ з 28 липня 1931 р. (№ 313-349), надісланому всім облздороввідділам підчас їхньої організації.

7. Зобов'язати облздороввідділи розгорнути психвідділки при окремих лікарнях на 25 ліжок, а саме: в Луганському, Сталіно, Запоріжжі, Черкасах, Миколаєві, Сумах, Проскурові, Кам'янець-Подільському, Глухові, Зінов'євському, Білій Церкві, взявши на увагу, що утримання цих відділків цілком забезпечено коштами з фонду меддопомоги ще з початку 1932 року.

8. Зобов'язати облздороввідділи провести ремонт по всіх лікустановах і терміново закінчити в зв'язку з потребою мати лікустанови цілком здатними для боротьби з виникненням інфекційних захорувань, що подекуди вже спостерігається.

9. Запропонувати облздороввідділам перевірити, як виконують санмінімум по лікустановах та вжити рішучих заходів до поліпшення сан. стану медустанов та медсанобслуговування хворих.

10. Запропонувати облздороввідділам забезпечити всі медустанови потрібними ділянками земельної площі, щоб розгорнути власні сільські господарства, освоюючи землі вже з осени п. р.

11. Вжити найрішучих заходів, щоб поліпшити матеріяльно-побутовий стан медсанперсоналу на підставі тих директив, що їх неодноразово давав НКОЗ та звернути особливу увагу на прикріплення медробітників до колгоспів і радгоспів.

12. Вжити рішучих заходів до поліпшення медобслуговування комскладу Червоної Армії та терміново організувати й розгорнути нічні санаторії на таку кількість ліжок, що їх уже декілька місяців тому запропоновано було облздороввідділам утворити. Це нагадування є вже остаточне та безапеляційне.

2. Про найближчу роботу в галузі охматдиту

(Допов. тов. Федотова О. М.)

1. Нарада констатує, що реалізація плянів 1932 року в галузі охорони материнства та дитинства перебігає занадто кволо.

Основними причинами недостатнього виконання плянів є недосить конкретне керування від облздороввідділів містами та районами, непритягнення громадської думки та брак медперсоналу поруч недосить раціонального розподілу наявних лікарських кадрів.

2. Розвиток пологодопоміжних установ, зокрема по аграрних місцевостях проходить цілком незадовільно; абсолютно не використано місцеві можливості, не притягнуто колгоспної ініціятиви та колгоспних ресурсів; якість роботи в існуючій мережі є геть не на належній височині, зокрема відділки для немовлят (дитячі кімнати), що по пологових відділках.

3. Нарада констатує, що будівництво нових приміщень під ясла майже цілком зірвано, не зважаючи на неодноразові директивні вказівки від НКОЗ про цілковите використання асигнувань на будівництво, придбання будинків, надбудову, ремонт існуючих, цих коштів набагато ще не використано, хоча наближається кінець будівельного сезону.

4. Апаратів обл., міськ. та райохматдитів досі неукомплектовано. В апаратах облохматдитів бракує лікарів, не по всіх районах, де немає інспекторів охматдиту, є інструктори, а це негативно відбивається на роботі щодо реалізації плянів розгортання мережі охматдиту та утворення громадського активу.

5. Щепільна кампанія лінією охматдиту провадиться недосить швидкими темпами, бракує постійного контролю та обліку. Недосить притягнули відповідні інститути, інструктаж лікарів-педіятрів і всіх інших лікарів недостатній.

6. Не зважаючи на неодноразові директиви від НКОЗ про те, щоби обов'язково охопити дітей начскладу Червоної армії та про потребу обов'язково провадити цю роботу, щільно контактуючи її з жіноорганізаторами полків та гарнізонними лікарями, цій роботі досі не надають належної уваги і навіть там, де можливо відкрити ясла, цієї роботи не провадять.

На місцях райздоровінспектури відкривають дитсадки замість ясел і є випадки, коли навіть незначні асигнування на ясла витрачають на організацію дитсадків.

По Одеській області, за відомостями НКОЗ, замість 696 ліжок відкрито лише 110, або щось із 18% виконання пляну.

По Київській області мали відкрити 1936 ліжок, а відкрили 523, або лише 25% виконання пляну.

По Харківській області відкрито 393 замість 1064, отже плян виконали лише на 37%.

По Вінницькій області замість 1338 відкрили лише 211, або 16% пляну.

По Донбасу замість 190 ліжок розгорнули лише 40, що становить близько 21% виконання пляну.

По Дніпропетровській області відкрито 171 замість 337, або близько 50% пляну.
Отже плян виконано пересічно лише на 25%.

Виходячи з цього, нарада завоблздоровві ділів та інспекторів охматдиту ухвалює:

1) Запропонувати облєсним інспекторам охматдиту перевірити розгортання мережі охматдиту, активувати дальше виконання пляну з тим, щоб протягом 3 та 4 кварталів виконати його цілком і обов'язково мобілізувати громадський актив, притягнувши радянську громадськість на допомогу розгортанню мережі і поліпшенню роботи охматдиту.

2) Доручити облінспекторам охматдиту звернути особливу увагу на дальший розвиток мережі пологових ліжок, зокрема при медамбуляторіях та на селі, і підсилити якість роботи існуючих пологових відділків і пологових будинків, приділивши особливу увагу на догляд породіль та немовлят, притягуючи до цього постійну консультацію та компетенцію інститутів ОХМД.

3) Доручити облінспекторам охматдит, на підставі постанов директивних органів притягти органи НКРСІ до остаточного вирішення можливостей будування окремих об'єктів будівництва і решту коштів, асигнованих на будівництво, використати на ремонт та реконструкцію існуючої мережі охматдиту.

4) Доручити завоблздоровві ділів довкомплектувати свої апарати охматдиту, обов'язково забезпечивши їх відповідною лікарською компетенцією, а до апаратів охматдиту міськ. і райздоровінспектур обов'язково притягти лікарів консультацій як позаштатних інспекторів, надавши їм за цю роботу грошову компенсацію. По районах, де немає інспекторів охматдиту, обов'язково завести посаду інструкторів охматдиту, запросивши для цього найздатніших робітниць дитустанов.

5) Доручити облінспекторам охматдиту звернути особливу увагу на запровадження всіма установами охматдиту щеплень проти віспи, обкладу та інш., обов'язково погодивши плян вакцинацій з епідробітниками області та притягуючи до цієї роботи і відповідні інститути і всю медично-санітарну організацію, зокрема по тих районах, де бракує спеціяльних робітників охматдиту. Сектору науки доручити скласти директиву відповідним інститутам про запровадження постійного інструктажу в галузі щепільної роботи.

6) Доручити завідателям облздоровві ділів під їхню особисту відповідальність організувати перевірку виконання пляну обслуговування дітей начскладу Червоної Армії яслами. Урахувати також фактичну потребу у такому обслуговуванні, щільно зв'язавшись для цієї роботи з гарнізонними лікарями і жіноорганізаторами полків.

За всяку ціну домогтися від міськрад і райвиконкомів, щоб виділили вони відповідні приміщення та тепер уже розпочали додатково розгортати ясла.

3. Про роботу з галузі ОЗДП

1. Після чотиримісячного існування обласних апаратів охорони здоров'я можна констатувати, що частина їх опанувала завдання галузю ОЗДП (Одеса, Дніпропетрівське, Вінниця), але решта областей (Харківська, Київська, Донецька) ще не спромоглася в такий спосіб забезпечити апарат ОЗДП, щоб виконувати основні елементи керівництва районами.

2. Літні форми дитячої й підліткової оздоровної роботи провадились великою мірою стихійно поза організаційним та провідним впливом областей. Іноді негативні та неприпустимі випадки, які спостерігались в окремих районах, наприклад, виїзд піонер-таборів у сільські місцевості без належної попередньої підготови (Макіївка, Артемівське), відсутність певних районових плянів літнього оздоровлення, — траплялись за несвідомлення про це обласних ОЗДП.

3. Перспектива розгорнення зимових форм оздоровної роботи вимагає, щоб найкращі літні установи своєчасно перетворилися на постійні, але цю справу недосить іще опрацьовано в областях та не втілено з початку нового учбового року в школі в місцеву практику районів.

4. Профдобірну роботу серед підлітків у багатьох районах, де існують диспансерно-поліклінічні установи ОЗДП, не забезпечено і не розгорнуто тією мірою.

Надалі обласним відділам охорони здоров'я належить ужити таких заходів:

а) зміцнити персональний склад робітників ОЗДП в апараті, довівши організаційну побудову керівництва ОЗДП до дійсної та повної групи ОЗДП;

б) пов'язати пляново роботу обласних апаратів ОЗДП місцевим ін-том ОЗДП та філіями ОЗДП щодо участи останніх в галузі методичної допомоги обласним апаратам;

в) взяти до чіткого виконання директиву НКОЗ про розгорнення зимової оздоровної роботи серед дітей та підлітків, виконавши контрольні числа диспансеризації дітей і підлітків, які подав областям сектор ОЗДП НКОЗ;

г) протягом III та IV кварталів розробити та здійснити розширення мережі диспансерно-поліклінічних закладів на районах лінією фонду меддопомоги застрахованих із коштів бюджету 1932 року;

д) зміцнити районове плянування та керівництво справою ОЗДП, забезпечивши по великих місцях посади міських інспекторів ОЗДП та зосередивши керівництво справою ОЗДП в маштабі цілого району в місцевому райдиспансері ОЗДП;

е) у кожному районовому диспансері ОЗДП опрацювати питання, як розгорнути допоміжні заклади (денні та нічні санаторії, шкільно-санаторні установи, дієт. їдальні тощо) з таким розрахунком, щоб контрольні числа НКОЗ щодо цієї форми оздоровлення дітей та підлітків дійсно виконати протягом 1932-33 учбового року;

ж) скласти оздоровний плян ОЗДП в обласному маштабі, диференціювавши його порайоново

й довівши плянування на 1933 рік до кожного району, кожного диспансеру та лікаря ОЗДП (як цього вимагають директиви НКОЗ про зимову роботу) та виходячи з показників пляну ОЗДП НКОЗ.

4. Про роботу щодо медкадрів

1. Констатуючи кволі темпи прибуття молодих лікарів на місця, нарада вважає за конче потрібне, щоб сектори кадрів облздоровввідділів провели енергійну та рішучу боротьбу з осіданням лікарів в університетських центрах, зокрема перевірити порядок прийому на роботу лікарів по всіх міських установах.

2. Маючи на меті боротися з дезертирством, запропонувати облздоровввідділам притягти до відповідальности адміністративних осіб, винних в прийомі на роботу дезертирів та провести показові суди.

3. Запропонувати облздоровввідділам розгорнути активну роботу щодо забезпечення медперсоналу постачанням, організуючи на місцях тваринницькі господарства, городництво тощо та встановити суворий контроль від облздоровввідділів за виконанням постанов Уряду щодо надання пільг медперсоналові.

4) Знову звернути увагу облздоровввідділів на потребу зміцнити керування технікумами, залишаючи як і досі загальне методичне керівництво за Наркомздоров'я.

5 Запропонувати облздоровввідділам зосередити увагу секторів кадрів на організації правильного обліку та виконання директив Наркомздоров'я щодо обліку номенклатурних посад.

5. Про санепід. заходи по курортах

За постановою РНК УСРР з 14 серпня ц. р. запропоновано облвиконкомам провести роботу по санітарії та доброустрою на терені курортів в своїй області, — а тому лінією облздоровввідділів слід добитися, щоб таку роботу виконали на всіх українських курортах, а саме:

Харківська область: в Гадячі та Миргороді.
Донбас: „ у Слав'янському.
Одеська „ на Одеських курортах, Гопри та Скадовському.
Київська „ на Київських курортах, у Соснівці та Чернигові.
Дніпропетрівська область: у Бердянському, в Кирилівці та Георгіївці.
Вінницька „ у Шепетівці.

6. Про будівельні та ремонтні роботи

(Допов. т. Кохан В. С.)

1. Констатувати, що перебіг медсанбудівництва в областях не забезпечує виконання пляну медсанбудівництва в 1932 р. в основному тому, що місцеві організації охорони здоров'я, не зважаючи на неодноразові директиви від Наркомздоров'я, досі не приділяють справі медсанбудівництва достатньої уваги, а облздововвідділи не охопили як слід своїм керівництвом цієї ділянки роботи.

2. Відмітити, що лише в Вінницькій, Київській та Дніпропетрівській областях більш-менш укомплектовано апарат будівельних бюр та налагоджено роботу щодо керівництва будівництвом, в той час, коли Харківське та Одеське будівельні бюра ще не охопили будівництво області, а Донецький облздоровввідділ ще будівельного бюра до цього часу не укомплектував.

3. Ураховуючи те, що до закінчення будівельного року залишився надто обмежений час та маючи на меті максимально виконати плян мддсанбудівництва та ефективно використати капіталовкладання 1932 р., зосередити всю увагу керівників облздоровввідділів на потребі концентрувати всі матеріяльні та грошові ресурси на тих об'єктах будівництва, які можна цього року закінчити та ввести до експлоатації.

4. Щоб це здійснити, негайно утворити в кожному облздоровввідділі, під головуванням керівника облздоровввідділу комісію, яка повинна, детально ознайомившись із станом кожного об'єкту області, встановити можливість передачі його цього року до експлоатації та накреслити потрібні міроприємства на забезпечення його закінчення.

5. До списку пускових об'єктів треба залучити також ті об'єкти медсанбудівництва, які можна частково закінчити цього року та передати до експлоатації окремі спорудження об'єктів.

6. Зобов'язати облздоровввідділи не пізніш першого жовтня подати до сектора медсанбудівництва НКОЗ титульні списки вже переданих до експлоатації об'єктів за перші три квартали, залучених областю до списку пускових в ц. р, за такою формою:

1) назва об'єкту,
2) де знаходиться,
3) кошторисна вартість,
4) пропускна спроможність,
5) витрати до першого липня:
 а) за кошторисною вартістю,
 б) фактичні витрати,
6) плян витрат на III квартал,
7) плян витрат на IV квартал,
8) термін вводу до експлуатації,

9) потреби в будматеріялах,
10) забезпеченість устатковавням,
11) процент технічної готовности будівельних і сантехнічних робіт.

7. Крім зазначених відомостей, облздоровввідділи повинні подати короткий опис кожного об'єкту, зазначивши зокрема місця пуску і об'єкту в цілому, і окремих споруджень, а також дати відомості пр забезпеченість об'єктів медсанбудівництва обладнанням.

8. Звернути увагу облздоровввідділів, щоб вони, складаючи список пускових об'єктів та провадячи заходи на здійснення, його обов'язково забезпечили закінчення та передання до експлоатації таких об'єктів:

по Донецькій області:

1. Макіївськ. лікарня—хірург. корпус
2. Рутченк. „ інф. „
3. Сталінська лікарня
4. Щеглівська „
5. Яснув. сан. дозорчий пункт
6. Маріюпільська лікарня
7. Ворошилівська „ інф. відд.
8. Горлівська „ „ „
9. Лікарня на копальні № 8
10. Микитівський сан. дозорчий пункт
11. Кадіївськ. лік. інф.-хір. корпус
12. Луганська поліклініка
13. Костянтпнівська лікарня
14. Краматорська лікарня
15. Костянтин. буд. саносвіти
16. Риківська лік. інфекц. група
17. Дебальцев. сан. дозорчий пункт
18 Чистяківська лікарня—інфекц. група
19. „ поліклініка
20. Сніжнянськ. інфекц. відділок
21. Криндачівськ. лікарня—інфекц. корпус

по Дніпропетрівській області:

22. Дніпропетр. дезстанція (1 черга)
23. Запорізька лікарня
24. Криворізька лікарня
25. „ поліклініка
26. Мелітопільська лікарня

по Харківській області:

27. Харківська дезстанція (1 черга)
28. Полтавська „ „
29. Харківська центр. лікарня
30. Ново-Іван. лік. Валк. район
31. Липецька лікарня
32. Лубенська „
33. Охтирськ. гіг. відділ
34. Вільш. лік. Харків. р-ну
35. Прилуцька райлікарня
36. Валківська амбуляторія
37. Буглівська амб. Охтирськ. р-н
38. Роменська „ в м. Хомниці
39. Лозівська поліклініка

по Вінницькій області:

40. Кам'янецька лікарня
41. Ляхівецька „
42. Славутська амбуляторія
43. Аннопільська амб. Слав.
44. Чемерівецька санстанція
45. Ляхівецька „
46. Славутська „
47. Тульчинська „
48. Ямпільська „
49. Піщанська „
50. Міхалпільська лікарня
51. Могилівська санстанція
52. Яришівська лікарня Могил. р-ну
53. Барська санстанція
54. Махнівська лікарня
55. Липовецька „
56. Ситковецька лікарня (інф. корпус) Немир. р-ну
57. Плисківська лікарня
58. Погребищенська лікарня Київ.

по Київській області:

59. Київська дезстанція (1 черга)
60. Городницька санстанція
61. Биківська амб. Мархлевськ. р-ну
62. Новгор. Волинськ. санстанція
63. Олевська „
64. Ярунська амбуляторія
65. Мархлевська поліклініка
66. Бахмацька лікарня
67. Жашківська „
68. Черняхівська „
69. Нов. Сіверськ. лікарня
70. Чорнобаївська „
71. Яготинська—інф. відділ
72. Рибницька лікарня (АМСРР).

9. Концентруючи матеріяльні та фінансові ресурси, а також увагу всіх організацій навколо справи передачі до експлоатації пускових об'єктів — особливу увагу звернути на закінчення дезстанцій та будівництва в економічно відсталих районах.

10. Щоб забезпечити дійсне виконання накреслених пусковими комісіями заходів та дійсного вводу до експлоатації намічених вище об'єктів, зобов'язати облздоровввідділи негайно відрядити на місця будівництва співробітників будівельних бюр і інших відповідальних співробітників облздоровввідділу, яким доручити не залишати будівництва, аж поки не забезпечать його закінчення та вводу до експлоатації.

11. Запропонувати облздоровввідділам переглянути списки відповідальних за будівництво осіб по всіх об'єктах; осіб, що не виявили ініціятиви в справі медсанбудівництва, замінити придатнішими для цієї справи.

12. Кредити на медсанбудівництво, якого не залучать до списку пускових об'єктів та не зможуть продовжувати коштом місцевих можливостей, треба негайно закрити та використати на відремонтування та розширення існуючої мережі, причому облздоровввідділи повинні за всяку ціну домогтися повного відремонтування мережі та ефективного використання всіх коштів, асигнованих за пляном медсанбудівництва.

13. Зобов'язати обздороввідділи терміновим порядком виявити стан медсанбудівництва, що його здійснює промисловість, а також ясельного будівництва та кредити, призначені на це будівництво, яких досі не використано. Перерозподілити та використати ці кошти на розширення медсанмережі (придбання будинків, ремонти та обладнення).

14. Поруч запровадження заходів виконання пляну медсанбудівництва—1932 р., —треба вже тепер розпочати підготову будівництва 1933 року, для чого зобов'язати обздороввідділи, щоб вони, повернувшись на місця, негайно склали орієнтовний титульний список медсанбудівництва 1933 ро у своїй області та подали його до сектору медсанбудівництва НКОЗ.

15 Забезпечити передачу проектовим організаціям проектування медсанбудівництва, що здійснюватиметься не за типовими проектами НКОЗ, припускаючи таке проектування лише як виняток та кожного року за окремого дозволу від сектора медсанбудівництва НКОЗ.

16. Скласти плян заготівель будівельних матеріялів для медсанбудівництва 1933 року, передбачивши в цьому пляні експлоатацію допоміжних підприємств (цегельні, кар'єри, лісорозробки, деревообробні майстерні тощо), а також використання допомоги від місцевих промислових і господарчих організацій.

17. Звернути увагу облздоровввідділів, що, не зважаючи на неодноразові директивні листи Наркомтяжпрому до всіх пром. об'єднань, а останніх до своїх заводів, облздоровввідділи досі не домоглися позитивних наслідків у справі реалізації цієї допомоги.

18. Зобов'язати облздоровввідділи посилити свою роботу цим напрямком з тим, щоб усі медсанзаклади, які призначено на обслуговування робітників промисловости, як правило, будувалися за матеріяльною допомогою промислових підприємств.

19. Запропонувати Одеському та Донецькому облздоровввідділам укомплектувати штат будівельних бюр, а Харківському облздоровідділу посилити склад бюра кваліфікованими фахівцями.

20. Звернути увагу облздоровввідділів, що звітність, яку вони подають до НКОЗ, не висвітлює повнотою стану будівництва а іноді навіть, як це було з Харківським облздоровввідділом, подаються показники, що не відповідають дійсному станові будівництва

21. Зобов'язати облздоровввідділи налагодити звітність в справі медсанбудівництва, своєчасно подавати до НКОЗ встановлені відомості про перебіг будівництва, обов'язково подаючи своєчасно пояснювальну записку, в якій було-б висвітлено всі заходи, вжиті від облздоровввідділу на виконання директив НКОЗ, а також відомості про фактичні витрати асигнованих на медсанбудівництво коштів.

7. Робота в галузі обліку й статистики

1. Констатувати, що в деяких облздоровввідділах за останній місяць є великі зрушення щодо налагодження обліку (Дніпропетровська, Одеська), але не зважаючи на ці невеликі досягнення, облздоровввідділи ще й досі неповною мірою уявили собі всю вагу обліку й звітности будівництва, як основних засобів спостердження, а так само для складання дальших плянів, особливо Харківський та Київський облздоровввідділи.

До цього часу більшість облздоровввідділів не організовували та не налагодили роботу, яку НКОЗ передав облздоровввідділам щодо сигнально-оперативного обліку, промислового травматизму, звітности про сезонові ясла та оздоровні установи, звітности про щепільну діяльність тощо. Облздоровввідділи не забезпечили своєчасности подання до НКОЗ певних та доброякісних матеріялів статистичної звітности, позбавляючи тим самим НКОЗ змоги мати яку б не було уяву про стан окремих галузей охорони здоров'я.

Облздоровввідділи не стежать та не форсують комплектування статапаратів в міських райздоровінспектурах та не вживають належних заходів щодо підготови та перепідготови кадрів медсанстатистиків, потрібних для лікувально-профілактичних і санітарних установ. Дуже кепсько стоїть справа живого інструктажу периферії щодо правильного налагодження та організації обліково-статистичних осередків по лікустановах. Не приділяють належної уваги справі правильного використання та дійсної потреби первісній та звітній документації.

Щоб рішуче покінчити зі всіма недоліками, облздоровввідділи повинні:

1) протягом місяця закінчити комплектування груп обліку й статистики в облздоровввідділах;

2) вжити рішучих заходів до того, щоб всі міськрайздоровінспектури вкомплектували свої статапарати;

3) утворити курси підготови та перепідготови медсанстатистиків для міськрайздоровінспектур і пропустити через них не менш 50% потрібної для всіх міськрайздоровінспектур кількости статистиків;

4) запропонувати великим міськрайздоровінспектурам організувати міські та районові курси підготови та перепідготови реєстраторів і статистиків медсанустанов;

5) негайно ліквідувати всю заборгованість облздоровідділів щодо звітности перед НКОЗ та негайно організувати подання їх до НКОЗ;

6) налагодити живий інструктаж в галузі обліку й статистики на периферії;

7) піднести на потрібну височінь якість подаваних звітів;

8) щоб усунути плинність статробітників та піднести серед них відповідну дисципліну, вжити рішучих заходів на здійснення 6 настанов т. Сталіна та забезпечити статробітників відповідними побутовими умовами!

9) протягом місяця подати відомості про потрібну кількість первісної статистичної документації на 1933 рік;

10) взяти до уваги, що встановлені єдині форми первісної та звітної документації обов'язко і для вживання на периферії і заготовлятимуться централізовано і розсилатимуться за рознарядками облздоровиділів безпосередньо на перефсрію післяплатою. Заявки на документацію окремих РЗІ, МЗІ виконуватись не будуть, водночас не виконуватимуться і заявки облздоровиділів на форми, що затвердив НКОЗ.

III. Офіційна частина

ОРГАНІЗАЦІЙНА ЧАСТИНА

185. Про розмежування та поєднання функцій органів охорони здоров'я та наросвіти з питань оздоровдиту

(Постанова колегій НКО та Наркомздоров'я УСРР 12 жовтня 1932р.)

1. Щоб уникнути непорозумінь, які були під час запровадження літньої оздоровної кампанії 1932 р. та щоб запобігти надалі цьому, НКО та НКОЗ пропонують обласним відділам охорони здоров'я та ВНО спільно скласти загальний плян оздоровної кампанії по областях та районах на зимову й літню кампанію 1933 р., визначивши окремі ділянки запровадження цієї кампанії та обсяг робіт по окремих ділянках, їхнє фінансування з окремих джерел.

2. Всі кошти, що надходять на оздоровну кампанію, зараховуються на окремий поточний рахунок оздоровних заходів обласних та міських фінвідділів та перераховуються окремим відділам, затверджені від пляну президії міськрад.

3. Всім обласним та районовим відділам народньої освіти організувати для педагогів семінари та короткотермінові курси, на яких опрацювати санітарно-гігієнічний мінімум за програмами та вказівками НКОЗ.

4. Надалі треба чітко розмежувати функції ВНО та ОЗВ щодо керівництва цією роботою.

5 Зважаючи за важливе значення плянового обслуговування дитсадків і дитмайданів, просити НКОЗ забезпечити медсаннаглядом дитсадки і дитмайдани, що цілком утримуються коштом НКО і зобов'язати місцеві органи НКО стежити за оплатою лікарів, що обслуговують дитсадки і дитмайдани, які не перебувають на повному утриманні НКО.

Відзначаючи величезну вагу для правильного розвитку дитини виконання санітарного мінімуму, зобов'язати обл. ВНО вжити всіх заходів, щоб поліпшити санстан дитсадків. НКО та НКОЗ повинні протягом місяця видати спільну постанову про внутрішній розпорядок по дитсадках.

Заст. Наркомосвіти **Карпеко**

Заст. Наркомздоров'я **Кустелян**

186. Про участь цукрових заводів у справі поліпшення медсанобслуговування

До директорів усіх підприємств Харківського Цукротресту, до завідателів Харківського, Одеського й Дніпропетровського облздоровиділів.

Шановні товариші!

Поліпшення матеріяльно-побутових умов робітництва є одне з головних завдань, що висунули тепер перед нами партія та уряд. В цій справі великого значення набуває питання про поліпшення і впорядкування медсанобслуговування робітників. Проте, органи охорони здоров'я не можуть виконати як слід покладених на них завдань на виробництві, якщо промпідприємства не допоможуть і не сприятимуть їм у роботі.

Отже, виходячи з цих настановлень, Наркомздоров'я УСРР і Харківський Цукротрест пропонують Вам допомогти засобами та коштом цукроварні відремонтувати й впорядкувати медично-санітарні заклади, що їх обслуговують (лікарню, амбуляторію, медпункт тощо).

Одночасно Ви повинні забезпечити ці медсанустанови коштом підприємства опаленням, освітленням та іншими комунальними послугами.

Перелічені тут заходи здійснюйте за погодженням і за вказівками місцевих органів охорони здоров'я.

Наркомздоров'я і Харківський Цукротрест звертають Вашу увагу на те, що вся мережа медично-санітарних установ що обслуговує цукроварні й надалі залишається на утриманні або

на дотації фонду меддопомоги застрахованим, як це було й до цього часу. А вищезгадані заходи з боку цукроварень є лише додатковим засобом в справі приведення цієї мережі в належний санітарний стан та забезпечення її компослугами.

Народній Комісар охорони здоров'я **Канторовіч**

Директор Харків. Цукротресту **Кріх**

(Об. лист НКОЗ та Харк. Ц. Т. з 20 жовтня 1932 р. № 4020)

187. Про забезпечення медустанов фуражем

До всіх обЛздоровввідділів, міськ. та райздоровінспектур, всіх держбюджетових установ НКОЗ. Копія: Медсансектору при УпНКШляхів НКОЗ АМСРР

Згідно з чинним порядком, що його встановив Український Уряд, постачання фуражу медтранспортові провадиться не централізованим порядком, а на місцях коштом різних місцевих ресурсів (самозаготівля, децентралізовані ресурси, що є в розпорядженні областей, районі і нарешті, фондів, що залишаються за централізованим пляном в областях для витрачання на певні призначення).

Отже на розвиток постанови Уряду, за пляном постачання фуражем на III квартал 1932 р., що його встановила Колегія НКПостачання УСРР 16 серпн ц. р., в розпорядження областей для потреб місцевого споживання виділено певні фонди комбикормів, а саме:

Донецькій області	1500 тон.
Харківській "	2000 "
Одеській "	1000 "
Дніпропетрівській області	1500 "
Київській "	1500 "
Вінницькій "	600 "
АМСРР	200 "

Тою самою постановою НКПостачання УСРР (6 пункт) склав чітку директиву своїм обласним органам щодо порядку витрачання зазначених вище ресурсів, а саме:

Запропонувати всім облпостач. НКПостачання АМСРР коштом виділених фондів фуражу для областей, взяти першою чергою на обов'язкове постачання транспорт ДПУ, міліції, пошти, лікарень, пожежних команд, асенізаційних обозів, а також транспорт місцевої промисловости...

Отже ви повинні негайно подати заявки на потрібну кількість фуражу до місцевого органу НКПостачання (облпостач. міськпостач. та райпостач.) добитись на підставі вищенаведеної постанови першочергового забезпечення вашого транспорту фуражем.

Попереджуючи, що НКОЗ в силу встановленого порядку не зможе допомогти вам постачанням централізованим порядком фуражу, пропонуємо це урахувати та вжити активних заходів для безперебійної роботи медтранспорту, використовуючи всі засоби одержання фуражу із місцевих джерел (фонди, що їх виділено безпосередньо областям, заготівля в радгоспах та колгоспах, місцеві ресурси, що надходять порядком централізованих заготівель тощо).

Кер. сект. медвиробництва та постачання **Дудавський**.

Кергрупи постачання **Брон**.

(Об. лист НКОЗ з 3 вересня 1932 року № 57104 — 380).

КАДРИ

188. Про ставки зарплати асистентів та інтернів

(Постанова № 58 Наркомпраці УСРР з 28 вересня 1932 р.)

На підставі постанови НКП СРСР — за № 159 з 4 вересня - 1932 р. на зміну постанови НКП УСРР з 19 лютого 1932 р. № 7. (Вісті НКП УСРР 1932 р. № 7), НКП УСРР постановляє

1. Виключити зі схеми окладів заробітної плати медичних робітників, що її додається до постанови НКП УСРР з 19 лютого 1932 р. за № 7 — лікарів ординаторів клінік (п. 13 і розд. II).

2. Пункти 12 і 15 розділу II схеми окладів зарплати медичних робітників викласти в такій редакції:

№№ черговi	Назва посади	Місячні оклади в карбованцях		
		I пояс	II пояс	III пояс
12.	Асистенти відділень клінік, що переводять практичні роботи зі студентами та лікарсько-профілактичну роботу	300, 325, 350	300, 325, 350	
15.	Лікарі — інтерни клінік і стаціонарних лікарустанов	160, 170, 180	130, 140, 150	120, 130, 140

3. Наведені в цій постанові зміни перевести в життя з 1-го вересня 1932 року в межах наявних бюджетових асигнувань на заробітну плату.

Заст. Наркомпраці УСРР — **Худокормов**

189. Про надвишку до зарплати за вислугу років

На розвиток постанови ВУЦВК'у та РНК УСРР з 20 червня 1932 р: „Про заходи до поліпшення матеріяльно-побутового стану медперсоналу" Наркомздоров'я роз'яснює таке:

1. Право на 10% надвишку мають старший та середній медперсонал сільських місцевостей і промрайонів, що працюють в цих місцевостях протягом трьох років.

Для тих медробітників, що працювали в зазначених вище місцевостях до першого жовтня 1927 року, термін роботи на селі та в промрайоні, що дає право на одержання переодичної надвишки, вираховується з 1-го жовтня 1927 року.

2. Надвишка надається розміром 10% до окладу, встановленого від НКПраці УСРР з 19 лютого 1932 р. № 7.

3. У разі медробітник одержує індивідуальну ставку за окремою умовою то нарахування надвишки за три роки служби провадиться, виходячи не з цієї індивідуальної ставки, але з нормової ставки за постановою Наркомпраці, за винятком тих випадків, коли в умові зазначено інакше.

4. Надвишка сплачується щомісячно.

5. У разі медробітник залишає роботу в місцевостях, що дають право на надвишку, він позбавляється цієї надвишки; перехід з одної посади на іншу в сільських і промислових районах за розпорядження органів охорони здоров'я, не позбавляє медробітника права на надвишку

Нарком охорони здоров'я **Канторович**
Чл. президії ВУК спілки МСТруд **Коган**

(Спільн. об. лист НКОЗ та ВУК МСТруд № 5247 з 29 жовтня 1932 р.)

190. Про виділення коштів на підвищення заробітної плати та преміювання кращих медробітників-ударників

До всіх облфінвідділів, облздороввідділів та установ, безпосередньо підпорядкованих Наркоматові охорони здоров'я.

Копії: до НКФ і НКОЗ АМСРР, медико-санітарного сектора Уповнаркомшляхів, медсанупрів нових будівництв.

Пунктом 4 постанови ВУЦВК'у і РНК УСРР з 20 червня 1932 року. „Про заходи до поліпшення матеріяльно-побутового стану медперсоналу" утворено спеціяльні фонди для підвищення заробітньої плати та преміювання кращих медробітників-ударників.

Оскільки фонд запропоновано виділити в межах сум асигнувань на охорону здоров'я, завідувачам окремих установ системи Наркомздоров'я пропонується виділити відповідні суми в межах індивідуальних кошторисів установ із асигнувань на заробітну плату (якщо є економія) і з асигнувань за іншими статтями кошторисів.

Визначаючи суму фонду преміювання, слід виходити із 3% від суми заробітньої плати, що припадає на термін, на який виділяється фонд преміювання (місяць, квартал).

Наркомфін УСРР **Рекіс**
Наркомздоров'я УСРР **Конторовіч**

(Спільн, об. розп. НКФ та НКОЗ з 15 жовтня 1932 р. № 52001)

191. Про порядок призначення лікарів на судово-медичні посади

НКОЗ подає до відому та безперечного керування, що на судово-медичні посади можна призначати лише лікарів, які набули спеціяльної підготови та дістали апробації від Головної Судово-Медичної Інспектури НКОЗ.

Призначати лікарів на судово-медичні посади, а також і переміщувати або звільняти їх з посад можна лише поперед погодивши справу з головним судово-медичним інспектором та одержавши остаточне затвердження від НКОЗ.

Персональні зміни в лікарському складі судово-медичної організації НКОЗ оголошуєтся в бюлетенях НКОЗ.

Наркомздоров'я **Канторовіч**
Головний судово-медичний інспектор **Маєр**

(Об. лист НКОЗ з 19 жовтня 1932 р. № 2301)

ОЗДОРОВЛЕННЯ ПРАЦІ. ПРОМСАНІТАРІЯ.

Затверджую:
Наркомздоров'я **Канторовіч**
13 вересня 1932 р.

192. ІНСТРУКЦІЯ

про роботу лікарів різних фахів, притягуваних за сполученням провадити постійну промислово-санітарну роботу та боротьбу за зниження захоруваности.

1. Загальна частина:

1. Щоб упорядкувати стаціонарний стан промпідприємств, постійно наглядати за належним станом санпобутових закладів на підприємствах та їхньою достатністю; щоб значно поліпшити та розширити санітарне обслуговування робітників безпосередньо в цеху й копальні; щоб постійно виявляти причини захоруваности й травматизму та застосувати оперативні заходи на усунення цих причин, — до кожного окремого заводу або копальні (коли немає спеціяльного промсанлікаря або постійного лікарського медсанпункту), а також до окремих великих цехів, заводів і великих лав на копальнях прикріплюється за нормами, встановлених од НКОЗ (див. додаток), як промсанлікарі, лікарі інших фахів за сполученьням.

2. Промсанлікарів, що сполучують роботу, беруть для певних підприємств із медичних лікарів різних фахів, основна робота яких провадиться в медично-санітарних установах (медсанпунктах, амбуляторіях, поліклініках, лікарнях), що безпосередньо обслуговують дані певні підприємства, наприклад: 1) лікар-терапевт Іванов, що працює в поліклініці заводу ім. Жовтневої Революції, прикріплюється, як промсанлікар, за сполученьям до мартенівського цеху цього заводу; 2) лікар-хірург Петров, що працює в лікарні, яка міститься на терені шахти № 1,— прикріплюється, як промсанлікар, до цієї таки шахти.

По тих заводах, цехах, або шахтах, де є лікарський медсанпункт, функції промсанлікаря виконує лікар медсанпункту, виділяючи для цього 2 години понад своїм робітним днем.

Взагалі лікар виконує всі обов'язки та має всі права промсанлікаря, які поширюються на всю терень заводу або групи цехів, що їх обслуговує даний медсанпункт.

3. Система підлеглости лікарів, що провадять промсанітарну роботу поруч своєї основної роботи (в амбуляторії поліклініці, лікарні), така:

а) лінією своєї основної роботи ці лікарі залишаються підпорядкованими завідателям лікпрофустанов, в яких вони працюють;

б) лінією роботи в промсанітарії ці лікарі підпорядковуються начальникові медсанцеху або промсанлікарю даного заводу (рудоуправи).

в) У межах цеха (копальні), або групи цехів (копалень), яких обслуговує певний медсанпункт—лікар, що працює за сполученням підпорядковується завідувачеві медсанпункту.

4. У межах терені, що обслуговує промсанлікар за сполученням—ці лікарі провадять свою промсанроботу за конкретною допомогою громадських санітарних уповноважених, бригадирів охорони здоров'я та сандесятників.

Прикріплений лікар здійснює загально-оперативне керівництво цим санактивом і відповідає за правильну настанову його роботи.

5. До санітарно-профілактичної роботи притягується обов'язково середній медперсонал медсанпункту (лікпоми, сестри). Середній медперсонал провадить свою сан. проф. роботу в межах підприємства або цеху, що їх обслуговує медсанпункт. У разі в даному медсанпункті є декілька лікпомів, кожний лікпом обслуговує певну обмежену ділянку.

II. Організація сантрофілактичної роботи.

6. Санітарно-профілактичну роботу лікар провадить на базі загального пляну медсанцеха (медсанпункта) в цілому, систематично й щоденно пов'язує таку з медсанробітниками, що працюють в інші зміни, маючи для цього певний час протягом перебігу зміни.

7. На підставі цехового договору на санмінімум, плянових заходів промсанітарії в цеху — лікар (лікпом) має певну програму своєї роботи. В цій програмі помічається окремо всі ті заходи, які потребують щозмінного нагляду.

Виконання цієї роботи розподіляється певними напрямками між лікарем та лікпомом.

8. На лікпома покладається такий щозмінний нагляд за такими об'єктами: загальна чистота в цеху, своєчасне прибирання робітничих помешкань, їдалень, червоних кутків, убиралень і відповідне утримування джерел водопостачання — чистота баків, доброякісність води, наявність кухлів і т. д. Наявність плювальниць, сміттєвих скриньок та їхнє утримання. Норму на всі ці заходи встановлюється договором на санмінімум. Нагляд за своєчасним та постійним додержуванням їх при роботі певної робочої зміни покладається на лікпома.

Останній складає на квартал певний плян щоденного систематичного нагляду. Приклад: в перший день п'ятиденки — як правило, перевіряється прибирання цеху; в другий день п'ятиденки—перевіряється стан водопостачання; в третій день—стан допоміжних частин цеху і т. д.

У процесі виконання цього пляну санмінімума лікпом, виявляючи ряд порушень встановлених норм, пропозицій нових заходів тощо подає про це рапортом до відому лікареві, який, поруч інших моментів (див. нижче) відповідними засобами вимагає здійснення одержаних пропозицій;

Щоб виконати свій санітарно-профілактичний плян у тій частині, що вимагає провести роботу поза межою медсанпункту—лікпом, порозумівшись із адміністрацією медсанцеха (медсанпункта), дістає певного часу понад нормальним робітним днем, за який він одержує певну оплату зверх основної зарплати. Цей певний час частково можна вкладать в перерву на відпочинок.

Свою сан. профілактичну роботу лікпом провадить під безпосереднім керівництвом лікаря, якого прикріплено до цеху (заводу).

9 На лікаря покладається щозмінний загальний нагляд через лікпома по перелічених в п. 7 об'єктах і поруч цього безпосередню роботу по об'єктах, перелічених нижче, лікар також фіксує пляном на певний період. Щозмінно обов'язково треба здійснювати нагляд за достатністю штучного та природнього освітлення, (чи достатня кількість джерел освітлення й утримання, чи своєчасно поповнють брак ламп, очищують та вставляють шибки і т. д.). наглядати за роботою вентиляції та опалення, за накопиченням матеріялів і різних речей на терені цеху, наглядати, як додержують правил безпеки по певних ділянках цеху. Залежно від цеху, агрегатів і технологічного процесу—лікар накреслює певні об'єкти, в яких зосереджується особлива увага підчас щозмінного нагляду. Наприклад, в доменному цехові – лікар повинен обслідувати; чи вживають всіх встановлених заходів на ділянках небезпечних на огрування закисом вуглецю та на опік рідким і гарячим чавуном, засипні отвори (колошники), ґанки газоповітродувки, ливарні та катальні подвір'я тощо.

Коли є порушення в роботі, зміни чинних правил, що загрожують небезпекою для робітників—лікар негайно вживає заходів, щоб запобігти таким.

Кожний прикріплений лікар повинен мати в себе таблицю із чітким переліком таких ділянок: де вони містяться, яких певних правил треба в них додержуватися.

Лікар наглядає за правильним використанням спецодягу та своєчасним задоволенням таким згідно із встановленими нормами.

Окремо приділяється увага, як вживають робітники індивідуальних захисних приладів (окулярів, респіраторів, масок та інш.).

Організація щозмінного нагляду від лікаря така сама, як це встановлено й для лікпома (див. п. 8):

а) На квартали складається плян, в якому на певні дні п'ятиденки накреслюється нагляд за певними об'єктами, нагляд за особливо шкідливими ділянками і за правильною роботою вентиляції з початку роботи зміни.

б) Реалізація усіх заходів, що їх можна здійснити правами, що має адмінтехперсонал цеху, лікар вимагає підчас роботи зміни. Про всі інші заходи подається до відому (див. нижче) завідателя медсанпункту (медсанцеху).

III. Права.

10. Завідатель медсанпункту, а також лікарі, прикріплені для санпрофроботи на підприємстві, користують з усіх прав, які надано промсанлікарям в межах ділянки, яку вони їх обслуговують.

11. Зокрема, ці лікарі мають право:

а) здійснювати поточний нагляд за виконанням підприємством (цехом, шахтою), їдальнями заводськими, цеховими сан. гігієнічних заходів, передбачених у законодавстві, чинних постановах, в єдиному пляні (титульних списках) санітарних оздоровних заходів, а також у санмінімумі.

б) Ставити госпоргану вимоги, щоб запроваджував він ці заходи в життя.

в) Складати плян оздоровних заходів на підприємстві в частині санітарії й гігієни та брати участь у складанні єдиних санітарно-технічних заходів підприємства.

г) Брати участь у генеральних санітарно-технічних обслідуваннях підприємства і накреслювати в зв'язку з цим санітарно-оздоровні заходи.

IV. Відповідальність.

12. Завідатель медпункту та прикріплені лікарі відповідають в межах обслугованої ділянки а опрацювання і здійснення запропонованих сан. гігієнічних заходів перед начальником меду або постійним промсанлікарем, що обслуговує підприємство в цілому.

13. Свою роботу лікарі провадять, щільно зв'язуючи та користуючи з допомоги громадських інспекторів праці, гром. промсануповноважених, осередків і бригад охорони здоров'я.

14. Звітність цих лікарів встановлюється на загальних засадах перед начальником медсанцеха (медсанпунктом).

ОЗДОРОВЛЕННЯ ПОБУТУ. ПОПЕРЕДЖЕННЯ РОЗВИТКУ ПОШЕСНИХ ЗАХОРУВАНЬ.

193. УГОДА

ЦК ЛКСМУ та Наркомздоров'я УСРР на участь комсомолу в запровадженні широких оздоровних заходів і на заходи оздоровлення молоді

Робітнича кляса з трудящим селянством під проводом партії вже в першій п'ятирічці дійшли значних успіхів у соціялістичному будівництві, ліквідувавши в основному паразитичні кляси — основи та джерело експлоатації людини людиною, піднесло народній прибуток, знищило безробіття й злидні. Зростає добробут і культурний рівень робітників і трудящих селян, зменшилася смертність та захоруваність.

Перед робітничою класою й трудящим селянством і надалі стоїть завдання ще хуткіше поліпшувати матеріяльно-побутові умови, побороти захоруваність, ще більше знизити смертність, перетворити всю трудящу людність країни на свідомих і активних будівників безклясового соціялістичного суспільства.

Борючись за ці основні настанови партії, робітничої кляси і трудящих селян — Наркомздоров'я і ЦК ЛКСМУ склали між собою угоду на боротьбу за поліпшення санітарно-побутових умов трудящих, за залучення комсомолу до справи соціялістичної охорони здоров'я.

За угодою ЦК ЛКСМУ зобов'язується:

1. Залучити до активної санітарної роботи на боротьбу за санітарний мінімум не менш, як 40.000 комсомольців і 50.000 піонерів.

2. У кожному цехові, в дільниці радгоспу, колгоспі, гуртожитку, ФЗУ, гірпромучу, школі тощо комсомольські осередки виділяють санітарних уповноважених для боротьби за здійснення санітарного мінімуму.

Керівництво комсомольськими сануповноваженими покласти на члена бюра осередку керівника економ.-побутового сектору.

3. Засадити восени 1932 р., на весні й восени 1933 р. навколо робітничих селищ, у парках, скверах, вулицях не менш, як 10.000 гектарів, а саме:

а) Харківська область		1.500 га
б) Київська „		2.000 „
в) Донецька „		2.000 „
г) Вінницька „		1.300 „

д) Дніпропетрівська область 1.500 „
е) Одеська „ 1.500 „
ж) АМСРР 200 „

4. Комсомол України зобов'язується спільно із санітарною організацією Наркомздоров'я зробити зразковими 200 їдалень:

а) Харківська область 30 їдалень
б) Київська „ 30 „
в) Донецька „ 55 „
г) Одеська „ 30 „
д) Вінницька „ 20 «
е) Дніпропетрівська 30 „
ж) АМСРР 5 „

5. Комсомол України спільно із санітарною організацією зобов'язується зробити зразковими 50 гуртожитків фабзавучників та 110 гуртожитків для дорослих робітників, а саме:

а) Харківська область 30 гуртожитків
б) Київська „ 20 „
в) Донецька „ 50 „
г) Одеська „ 30 „
д) Вінницька „ 20 „
е) Дніпропетрівська 30 „
ж) АМСРР 5 „

У гуртожитках повинно бути для кожного окреме ліжко, 1 тумбочка на двох, 1 стіл на 10 чол., 1 плювательниця на 10 чол. матраци, подушки кожному. Білизна постільна мусить мінятися 4 рази на місяць. У кожному гуртожиткові влаштовується червоний куток, умивальники з ґрантом на 15 чол., вішалки на 5 чол., шафи для робітничої та чистої одежі.

Ходити до лазні пожильці повинні не менш, як 1 раз на декаду. При гуртожитках улаштувати душові кімнати.

9. Улаштувати на селі за проектами Наркомздоров'я спрощених лазень 500 штук, а саме:

Харківська область 80 лазень
Київська „ 110 „
Донецька „ 80 „
Одеська „ 70 „
Вінницька „ 60 „
Дніпропетрівська 80 „
АМСРР 20 „

7. Облаштувати силами комсомольців 10.000 колодязів громадського користування закритих з причепними постійними відрами, а саме:

Харківська область 2.000 колодязів
Київська „ 3.000 „
Донецька „ 1.000 „
Одеська „ 1.700 „
Вінницька „ 1.000 „
Дніпропетрівська 1.000 „
АМСРР 300 „

8. Комсомол України спільно з т-вом оздоровлення праці й побуту та санітарною організацією зобов'язується перевести два масові походи за чистоту та санітарне поліпшення країни.

Один похід віднести до 1 листопаду 1932 р. і другий до 15 травня 1933 року.

9. Комсомол України зобов'язується допомагати організованому проведенню органами охорони здоров'я серед трудящих профілактичних щеплень проти пошесних захворувань.

10. ЦК ЛКСМУ зобов'язується постійно висвітлювати в своїй центральній і периферійній пресі перебіг і виконання цієї угоди і досягнення в санітарно-оздоровній роботі комсомолу та органів охорони здоров'я.

11. Комсомол України зобов'язується завербувати до медичних ВИШ'ів, робітфаків, технікумів та до масових робітничих університетів медичної вертикалі 7.000 комсомольців на прийом 1932 та 1933 року.

12. Комсомол України зобов'язується розповсюдити поміж своїми членами санкультпозики на 2.500.000 годин та серед піонерів 2.000.000 годин.

13. Комсомол України зобов'язується виділити для шкіл ФЗС і ШКМ бриґади для здійснення санітарного мінімуму в школі та для запровадження в життя постанови НКОЗ та НКО про внутрішній розпорядок в школі та трудове навантаження дітей.

Наркомздоров'я й собі теж зобов'язується.

14. Прикріпити для постійної та санітарно-культурної роботи до гуртожитків робітничої молоди, їдалень фабзавучів — 500 медробітників в місцях, указаних від ЦК ЛКСМУ, а саме:

а) Харківська область	 100	лікарів
б) Київська "	 50	"
в) Донецька "	 150	"
г) Одеська "	 50	"
д) Вінницька "	 50	"
е) Дніпропетрівська "	 100	"

15. Прикріпити для постійної фахової лікпрофілактичної допомоги до фізкультурних гуртків, до стадіонів тощо — 100 лікарів в місцях, указаних від ЦК ЛКСМУ:

а) Харківська область	 20	лікарів
б) Київська "	 10	"
в) Донецька "	 30	"
г) Одеська "	 10	"
д) Вінницька "	 10	"
е) Дніпропетрівська	 20	"

16. Наркомздоров'я зобов'язується перевести через свої лікувально-профілактичні установи, організувавши спец. комісії в кожному районі — масове обслідування здоров'я сільського та районового активу комсомола й подавати всебічну медично-профілактичну допомогу молоді.

17. Активно провести диспансеризацію 25.000 комсомольців, не включаючи підлітків, що вчаться у ФЗУ та гірпромучах.

а) Харківська область	 5.000
б) Київська "	 3.000
в) Донецька "	 7.000
г) Одеська "	 3.000
д) Вінницька "	 2.000
е) Дніпропетрівська	 5.000
Разом	 25 000

18. Організувати короткотермінові курси, коштом НКОЗ для піонерватажків у справі підвищення їхньої кваліфікації з питань оздоровлення дітей та дитячої фізкультури:

а) Харківська область	. . на 100	чол. курсантів
б) Київська "	. . " 50	" "
в) Донецька "	. . " 100	" "
г) Одеська "	. . " 50	" "
д) Вінницька "	. . " 50	" "
е) Дніпропетрівська обл.	. . " 50	" "
Разом	. . на 400	чол. курсантів

19. На преміювання кращих ударників комсомольців, що виявили себе на санітарно-побутовій роботі Наркомздоров'я виділяє:

	Курортні місця	Місця діт. харчування	Бібліот. вартістю 50 крб.	Екскурсійні місця до великих пролет центрів С. Ю. У, Криму, та Кавказу
Харківська область	20	100	100	20
Київська "	10	50	50	10
Донецька "	30	150	150	30
Одеська "	10	50	50	10
Вінницька "	10	50	50	10
Дніпропетрівська обл.	20	100	100	20
Разом	100	500	500	100

Виділення кращих ударників комсомольців для преміювання за кращі показники санітарно-побутової роботи починається першого серпня й закінчується до 1 вересня 1933 р. Кандидатури на преміювання добираються від райкомів комсомолу та райздоровінспектур і подаються до обласних комітетів ЛКСМУ та облздоровввідділів, де кандидатури остаточно затверджуються. Премії надсилаються на місця, Екскурсії же організуються обласними центрами, куди преміовані приїжджають для відрядження в екскурсію.

Облік виконання переведеної санітарно-побутової роботи провадиться через райздоровінспектури та райкоми комсомолу і матеріяли надсилаються до обласних комітетів ЛКСМУ та облздоровідділів, які складають підсумки і остаточні результати роботи подають до ЦК ЛКСМУ та Наркомздоров'я.

Цю угоду складено на термін з 1 жовтня 1932 р. до 1 листопаду 1933 р.

Секретар ЦК ЛКСМУ **Гапеєв**

За Наркомздоров'я **Кустелян**

15 вересня 1932 року

Затвердила: Заст. Наркомздоров'я
М. Кустелян
26 вересня 1932 р.

194. САНМІНІМУМ

піонертабору, піонерколонії та колонії робітничих підлітків

1. Двір

1) Двір підмітати щодня, поперед поливши водою.
2) Засаджувати зеленим насадженням - дерева, квіти, трава тощо.

2. Сховища та видалення покидьків

1. Покидьки з кухні, мийні та їдальні треба видаляти негайно. Для сховища мати діжки з покришками, місткість яких вираховується по 80 – 100 грамів на кожну особу. Діжки з покидьками зовні гарно мити, щоб вони не принаблювали мух.

3. Убиральня

1) Яма для вбиральні повинна бути непроникна, всередині обцеглована (цегла з цементом), або з просмоленими дошками.

2) Будувати вбиральню треба на відстані 45 метрів від жилих приміщень, кухні, їдальні, колодязя тощо. Обов'язково у вбиральнях мусять бути вентиляційні труби на 3-4 метри вище даху.

3) Стіни, двері, стеля будуються із щільно збитих дошок, двері на пружині, щоби не залітали мухи.

4) Дучок повинно бути з розрахунку одна на 2. — 25 осіб.

5) У хлопчачій вбиральні обов'язково влаштувати пісуари.

6. Сідці, підлоги обов'язково щоденно поливати розчином хлорного вапна (1 кіло хлорної вапни на 1 відро води). Вапну переховувати в закритому посуді та темному місці.

7) У кожній вбиральні мусить бути скриньки для кидання брудного паперу.

8) Не припускати переповнення ями і своєчасно вивозити її містиво.

4. Сміттєва скриня

1. Сміттєва скриня мусить мати дно і покришку, гарно просмолені із середини. Після очищення сміттєвої скрині треба дезінфекувати її хлорним вапном. Чистити її треба не менш, як один раз на 5-6 день.

5. Помийна яма

Всі помийні води треба виливати в спеціяльну помийну яму, з якої час від часу покидьки вивозити в спеціяльне місце. Ями зверху треба щільно прикривати лядою, дошками тощо.

6. Боротьба з мухами

1) Добре прибирати майдан від покидьків.

2) Охайно утримувати вбиральні, робити дезінфекцію пахучими речовинами (карболка, хлорне вапно тощо).

3) Охайно утримувати сміттєву скриньку, герметичні стіни, дахи, дно.

4. Охайне утримування помийної ями. Чистка люків, заливання хлорним вапном, щільність покришок тощо.

5) Охайне утримування приміщень для тварин (стайні, корівник, кролятник, птахівник), щоденна їх чистка від сміття (гною), правильно встаткувати стоки і закриті приймальники для рідких нечистот.

7. Боротьба з мухами, що залітають в приміщення

1. Накривати всі продукти густою ґраткою або чистими покривалами. Добре миття зараз же після їжі всіх столів. Негайно мити ввесь посуд, що з нього користували. Мити підлоги після роботи, підчас роботи негайно прибирати розлиті або скинуті на підлогу харчові продукти.

2) Розстилати папір з отрутою: формалін 3 — 5 краплин на шклянку солодкуватої води з молоком.

8. Кухня

1. Казани для води, кастрюлі для варіння їжі мусять завжди мати цілу полуду, а в разі стирання останньої, посуд негайно вилудити. Не припускати варити їжу в емальованому посуді, що має щілини в емалі.

2) Кухенний посуд і прибори обов'язково мити гарячою водою з содою, після чого змити чистою водою і догори дном покласти на полички. Кухня прибирається та миється щодня по скінченні роботи.

3) Для дров, вугілля для кухні треба мати спеціяльний ящик, щоби не забруднювати підлоги.

4) Неможна переховувати на кухні речі, що не стосуються до варіння їжі.

5) Забороняється тримати на кухні тварин (кішок, собак тощо).

6) Встановити для миття рук умивальник з милом і рушником.

7) Стороннім особам ходити на кухню забороняється.

8) Робітничі столи повинні бути без щілин і митись після роботи гарячою водою.

9) У відкритих вікнах встановити густі ґрати, щоб запобігти залітанню мух.

9. Попередня обробка продуктів

1) Зелень, фрукти, ягоди добре перебирати, щоб запобігти гнилі; добре помити в чистій воді для видалення бруду, комах тощо; і лише після цього обробляти.

2) Крупи, муку обов'язково сіяти крізь густе сито, щоб уникнути забруднення (комах хробаків тощо). У разі немає сита для круп, — треба розсипати їх тонким шаром на столі і вибирати бруд, комах тощо, після чого промити в воді.

3) З риби вичистити з початку слиз, а після того обробляти.

4) З м'яса змити кров та забруднення на поверхні.

5) Молоко обов'язково процідити крізь густе сито або чисту тканину для видалення бруду.

10. Персонал

1) Допоміжний персонал мусить мати не менше двох змін халатів, хустинок і ковпаків (головних).

2) Нігті коротко обрізувати: перед роботою і після користування вбиральнею мити руки обов'язково щіткою з милом.

5) Не менше одного разу на місяць підлягати медогляду.

4) Обов'язкові протитифозні прищепки.

11. Зберігання води

1) Воду краще всього зберігати в залізних баках, або в дерев'яних діжках, обов'язково з покришками, замком на них і ґрантами.

2) Воду для. пиття треба мати в закритих баках з фонтанчиками.

12. Їдальня

1) Столи в їдальні обов'язково накривати цератами; до початку їжі добре обтерти чистою вогкою ганчіркою.

2) Брудний посуд із лишками їжі, негайно прибирати зі столу і мити.

3) Після їжі столи добре мити гарячою водою з лугом.

4) В їдальні поставити плювачки з водою або дезінфекційним розчином (5% розчин карболки) або з водою.

5) Поставити умивальник з розрахунку 1 ґрант на 8 — 10 осіб з милом і рушником.

13. Спальня

1) Для кожного мусить бути ліжко.

2) Ліжкову білизну міняти не рідше, як 1 раз на декаду.

3) Добре повітрювати і вибивати постіль на дворі не менш, як 1 раз на п'ятиденку.

4) Щоденно зранку мити підлогу.

5) Мити вікна та підлогу гарячою водою з милом або лугом не рідше, як 1 раз на місяць.

6) Підмітати підлогу обов'язково вогким засобом.

7) В гарну погоду відчиняти вікна.

8) В приміщенні, коридорах розставити плювачки та скриньки для покидьків.

9) Зберігати їжу та вживати її в спальнях забороняється.

10) Для схову брудної білизни треба виділити спеціяльне місце в окремому приміщенні.

11) Лежати на ліжках у верхньому одязі та взутті забороняється.

12) В приміщенні не розвішувати плякатів і паперових гасел, щоб уникнути утворення пороху.

13. Обмітати стінки та знімати павутиння вогкою ганчіркою не рідше, як 2 рази на місяць.

14) Курити тютюн у приміщенні не припускається.

15) Біля вхідних дверей треба мати ґрати, або матку для витирання ніг.

195. Про порядок боротьби з інфекційними захоруваннями по школах та дитустановах

До всіх облздоровввідділів, міськздоровінспектур, РЗІ Донбасу, МСУ нових будівництв. Копія НКОЗ АМСРР

НКОЗ пропонує місцевим організаціям охмадиту та ОЗДП віддати найактивнішу увагу систематичним заходам боротьби з проявами та розповсюдженням епідемічних захорувань лінією шкіл, дитячих інтернатів, дитячих будинків, підліткових інтернатів, дитсадків, ясел і всіх відкритих і закритих дитячих установ.

Отже райздоровінспектори повинні вжити рішучих заходів, щоб максимально здійснити розділ III інструкції НКОЗ з 3 вересня № 21331-377 про розгорнення зимової оздоровної роботи серед дітей старшого віку. У цьому розділі подано конкретний плян масових профілактичних оглядів і протиепідемічних заходів лікарів ОЗДП, в основному цей плян треба застосувати по всіх дитячих закладах.

Зокрема по школах, дитбудах та всій мережі відкритих дитячих установ встановити такий порядок:

1. Кожну дитину, в разі вона не відвідує установи протягом трьох і більше днів, не допускати в школу або дитячий колектив без конкретного дозволу в кожному такому випадкові від лікаря ОЗДП або охматдиту, або взагалі лікаря, що обслуговує цю установу;

2. Лікар ОЗДП та охматдиту на кожний такий випадок обов'язково вимагає, щоб батьки подали від того лікаря, який відвідував хору дитину, довідку про те, що хороба закінчилася або виявляє через сестринський та патронажний персонал, або іншими реальними способами, з яких саме причин дитина не відвідує установи, якщо дитина за час відсутности не хворіла;

3. Суворо зобов'язати всіх лікарів міста або району, які відвідують хворих на дому — від поліклініки, чи то приватним порядком — негайно сповіщати відповідну школу або іншу дитячу установу про наявність інфекційного захорування в дитини, а разом з цим сповіщати також дитячі установи про наявність інфекційних захорувань у родині, в кватирі, або поблизу, коли це може реально загрожувати занесенням інфекції в дитячу установу. Про це саме повідомляти негайно місцеву санорганізацію.

4. Місцевим организаціям ОЗДП та охматдиту вкупі з райсанлікарем розробити про вищенаведене спеціяльну інструкцію, яка з затвердження її від райздоровінспектури — є обов'язковою для всіх лікарів і яку треба вивісити по всіх школах, дитбудах та всіх дитячих установах;

5. У кожному випадкові захорування серед дітей молодшого й старшого віку треба твердо витримувати терміни ізоляції та карантину, і для тих дітей, що захоріли, і для тих, що стика-

КАСЬЯНОВ

нся з хорим. За цього треба керуватись спеціяльною інструкцією НКОЗ та НКПраці УСРР 5 листопада 1931 р. (Об узак. УСРР 1929 р. від. II ч. 25 арт. 121).

6. У школах, дитбудинках і всіх дитячих установах, у разі виявляється захорування в самій установі, залежно від конкретних умов та, порозумівшись із санорганізацією, провадити карантин окремих дитячих груп та активно стежити за здійсненням потрібної дезинфекції.

7. Кожному лікареві ОЗДП та Охмадиту завести у своїй установі поточний оперативний облік інфекційних захорувань серед дітей своєї установи, записуючи в спеціяльному щоденнику рух інфекційних захорувань.

Поклавши на завідувачів дитустанов персональну відповідальність за встановлення у дит. установах вищезазначеного твердого порядку, розробленого лінією ОЗДП й Охмадиту, лікарі ОЗДП повинні розгорнути широку масову саніта́рно-педагогічну роботу серед дітей і підлітків навколо питань боротьби з розповсюдженням інфекційних захорувань.

Для цього розгорнути через школу та мережу інтернатних установ такі заходи:

а) широко втягти органи дитячого санітарного самоврядування до нагляду за порядком, встановленим у дитустановах згідно з пунктами 1 і 2 цієї інструкції;

б) провести серед шкільної та інтернатної дитячо-підліткової маси за пляном ряд бесід і лекцій з питань заходів протиепідемічної боротьби (черевний та висипний тиф, шкарлятина дифтерія, дизентерія, обклад);

в) скликати місцеві міжшкільні зльоти піонерів і школярів, ставлячи на зльотах доповіді самих дітей і підлітків про заходи профілактики інфекційних захорувань у дитячих установах.

г) поставити на загальних шкільних та піонерських зборах доповіді про інфекційні захорування та способи боротьби з ними;

д) застосовувати практику соцугод між школами, піонерорганами, дитячими клюбами, дитбудами на краще здійснення санмінімуму в дитячих установах;

е) максимальним втягненням самих дітей й підлітків вживати практики гігієнічних днів для підвищення санітарного стану дитячих установ.

Заст. Наркомздоров'я **Кустелян.**

Заст. кер. сект. ОЗДП **Альтман.**

(Об. розп. НКОЗ з 10 жовтня 1932 р.).

196. Про плату за спускання відхідних вод

До всіх облздороввідділів копія НКОЗ АМСРР

Оголошуючи постанову Всеукраїнського Центрального виконавчого комітету й Ради Народніх Комісарів УСРР *„Про встановлення плати за спуск відхідних спадних вод"*. — Наркомздоров'я надає виняткову вагу цій постанові в справі боротьби за врегулювання питання про очищення й спуск спадних вод промпідприємствами і пропонує негайно поставити перед відповідними облвиконкомами питання про реалізацію цієї постанови.

Наркомздоров'я **Канторович**

(Об. розп. НКОЗ з 20 жовтня 1932 р.)

Про встановлення плати за спуск відхідних спадних вод

Постанова Всеукраїнського Центрального виконавчого комітету й Ради Народніх комісарів УСРР

Всеукраїнський Центральний виконавчий комітет і Рада Народніх Комісарів УСРР постановили:

1. Надати Раді Народніх Комсарів АМСРР і обласним виконавчим комітетам право встановлювати плату за спуск відхідних спадних вод у водостоки і природні водоймища (річки, озера, ставки), або безпосередньо на поверхню землі з неприєднаних до каналізаційної мережі промислових підприємств, незалежно від того, в чийому віданні такі є, а також з установ та будинків, розташованих на території цих підприємств.

Увага 1. Оплата за спуск спадних вод не увільнює підприємства, установи та будинки, розташовані на території цих підприємств, від установленого законом обов'язку влаштувати потрібні споруди очищувати спадні води, що їх визнано за шкідливі.

Увага 2. Підприємства, приєднані до комунальної каналізаційної мережі, платять за спуск спадних вод до визначеної мережі за тарифом, встановленим від місцевої ради за користування з каналізації.

2. Розміри плати за спуск спадних вод визначають міські й селищні ради на своїй території та районні виконавчі комітети на всій іншій території району в межах крайніх найвищих розмірів, що їх встановлюють в АМСРР — Рада Народніх Комісарів АМСРР і в областях — обласні виконавчі (організаційні) комітети.

3. Найвищі розміри плати за спуск належно очищених спадних вод не можуть перевищувати 50% каналізаційного тарифу по містах, де є каналізація, а в місцевостях, де каналізації немає — 50% пересічного по АМСРР або області тарифу за воду.

4. Для підприємств, установ та будинків, розташованих на території цих підприємств, що ламаючи закон про санітарну охорону вод, спускають спадні води без належної очистки, відповідні районні виконавчі комітети, міські й селищні ради встановлюють штрафні тарифи на засадах диференціяції залежно від кількости спадних вод і ступеня забрудненосги їх. Ці штрафні тарифи не можуть перевищувати п'ятиразового розміру плати за спуск очищених спадних вод.

5. Районні виконавчі комітети, міські й селищні ради можуть звільнювати окремі підприємства від плати за спуск очищених спадних вод.

Не припускається брати плату за спуск спадних вод з підприємств, що спускають конденсаційні та холодильні води, які повертаються до природніх водоймищ через спеціяльні водостоки без забруднення, а так само, за спуск очищених лазневих вод.

6. Плата за спуск спадних вод надходить до відповідного місцевого бюджету. Її використовується виключно на санітарно-технічні заходи, зв'язані з оздоровленням природніх водоймищ і водостоків.

7. Стягання невнесених своєчасно платежів за спуск спадних вод провадять безспірним порядком за правилами Адміністративного кодексу УСРР.

8. Доручити Народньому Комісаріятові Комунального Господарства УСРР протягом місяця, порозумівшись з Народнім Комісаріятом Охорони Здоров'я і Народнім Комісаріятом Фінансів УСРР, видати інструкцію — як застосовувати цю постанову.

9. Цій постанові надати чинности з 1-го липня 1932 р.

Харків — 22 липня 1932 р.

Голова Всеукраїнського Центрального виконавчого комітету — **Г. Петровський**

Заст. Голови Ради Народніх Комісарів УСРР — **К. Сухомлін**

Заст. Секретаря Всеукраїнського Центрального виконавчого комітету — **К. Горлинський**

197. Про громадських санітарних уповноважених

До всіх облздороввідділів, міськздорозінспектур. МСУ нових будівництв, РЗІ Донбасу. Копія — до медсансектору Уповнаркомшляхів. *)

Подаючи тут положення про громадських санітарних уповноважених, НКОЗ пропонує вжити заходів провести перевибори сануповноважених, згідно з положенням про них. Перевибори сануповноваженних закінчити до 1-го листопада ц. р.

Треба, щоб райінспектури охорони здоров'я новообраним сануповноваженим надали посвідчення, в яких коротко визначити їхні права та обов'язки, а головне зазначити право сануповноважених складати протоколи з зазначенням штрафу до 10 крб. з наступним затвердженням від лікаря.

Санітарні лікарі та медустанови повинні провести точний облік сануповноважених за формою, що її надіслано до облздороввідділів 22 липня (№ 3207-374), визначивши кількість прикріплених сануповноважених до окремих об'єктів.

**) Надіслано місцям 18 вересня 1932 року — Ред.*

Про облік сануповноважених лікарі та медустанови подають до відому РЗІ, а зведені відомості РЗІ надсилають до облздороввідділів. Після виборів сануповноважених треба провести інструктивні курси-семінари, розраховуючи їх на 10-30 годин. Програм курсів — санітарів додається тут.

Заст. Наркомздоров'я **Хармандар'ян**

Кер. сектору озд. заходів та сандогляду **Цанк**

(Об. розп. НКОЗ № 3219 з 17 вересня 1932 1932 року)

Затвердили:
Заст. Наркомздоров'я Хармандар'ян
від ВУРПС'у Азаров

ПОЛОЖЕННЯ

Про громадських санітарних уповноважених

На підставі постанови ВУЦВК'у і РНК УСРР з 26 червня 1932 р. „Про заходи до поліпшення санітарного обслуговування робітників" (Збірник законів УСРР 1930 р. № 16, арт. 114). Наркомздоров'я спільно з ВУРПС'ом видає положення про громадських санітарних уповноважених.

1. Інститут громадських санітарних уповноважених організується на підприємствах, по житлокоопах, робітничих селищах, робітничих гуртожитках тощо, щоб притягнути робітничу суспільність на боротьбу за поліпшення санітарно-побутового обслуговування робітників.

2. Для загально-організаційного керівництва і контролювання роботи громадських санітарних уповноважених, фабзавкоми виділяють одного члена фабзавкому—організатора з питань житлово-побутового обслуговування.

У цехах організаційне керівництво роботою сануповноважених покладається на одного із членів цехового комітету.

3. Громадські санітарні уповноважені вибираються по цехових зборах позмінно, або на загальних цехових зборах з розрахунку один санітарний уповноважений на 200 робітників.

В окремих випадках цей модус, з порозуміння між заводськими організаціями та органами охорони здоров'я, можна збільшити, або зменшити, але щоб на 500 робітників було не менш 1 сануповноваженого.

4. У гуртожитках громадських саноуповноважених обирають на загальних зборах мешканців гуртожитку під керівництвом прикріпленого медробітника та члена фабзавкому.

На 50 мешканців гуртожитку обирають одного саноуповноваженого, але щоб кількість саноуповноважених не була менша, ніж один на гуртожиток.

5. Для цехових їдалень саноуповноважених обирають спеціяльно на цехових зборах від кожної зміни по одному саноуповноваженому. Для загально-заводської їдальні саноуповноважених виділяють із загального числа обраних на цехових зборах всього заводу, кількістю двох уповноважених на кожну зміну.

6. Для робітничих селищ і громадських установ загального користування (лазні, пральні, клюби, школи, кіно, театри, базари, крамниці тощо) громадських санітарних уповноважених виділяють громадські організації на заводі та селищі: Т-ва оздоровлення праці й побуту та Т-во Червоного хреста. Кількість громадських сануповноважених в робітничих селищах встановлюється: один на 300 душ населення.

На території робітничих селищ кожний громадський сануповноважений наглядає й відповідає за певну ділянку дорученої роботи: один за стан базару, другий—житла, третій—лазні і. т ін.

7. У житлокоопах громадських саноуповноважених обирають на загальних зборах мешканців житлокоопа за участю прикріпленого медробітника, або районового лікаря-житловика. Кількість громадських саноуповноважених в житлокопах установлюється: один на 100—200 мешканців.

В окремих випадках місцева інспектура здоровоохорони має право збільшити кількість саноуповноважених в житлокоопах. На громадських саноуповноважених в житлокоопах покладається нагляд: за кватирями, дворами та установами торговельними й дрібними, кустарними закладами, які розташовані на території житлокопу.

8. Громадські сануповноважені працюють під керівництвом санітарних інспекторів, санітарних лікарів та прикріплених медробітників, що виконують санітарну роботу, а на підприемствах—під керівництвом медсанцехів та промсанлікарів.

Новообрані сануповноважені дістають від санітарних лікарів інструктаж щодо проведення санітарної роботи. На санітарну організацію покладається обов'язок кожного півроку провадити для сануповноважених інструктивні семінари-курси, розраховуючи такі семінари на 10-20 годин.

9. Усі питання організаційного керівництва роботою саноуповноважених, як-то: скликання нарад, організація масових оздоровних кампаній, обмін досвідом у роботі, уточнення обов'язків і прав сануповноважених—розв'язують місцеві органи охорони здоров'я вкупі із місцевими міжспілковими профорганізаціями.

10. Громадських санітарних уповноважених на заводах обирають одночасно з фабзавкомами і на терміни на які обираються фабзавкоми.

Громадські санітарні уповноважені, яких висувають Т-ва оздоровлення праці й побуту та Червоного Хреста, а також сануповноважені в житлокопах-обираються терміном на один рік.

11. До обов'язків громадських санітарних уповноважених належить:

а) Мобілізувати робітничу громадськість в справі оздоровлення підприемств, закладів громадського харчування, залюднених місць, пралень, базарів тощо;

б) організувати санітарний актив, куточки санітарної культури, санітарні пости і санітарні загони боротьби за санітарне поліпшення підприемств, житлокопів, селищ тощо;

в) брати активну участь у запровадженні масових оздоровних кампаній (місячники чистоти, санітарні огляди, походи і т. інш;

г) провадити поточний санітарний нагляд за дорученими санітарними об'єктами і запроваджувати на місці потрібні заходи санітарного мінімуму, неухильно притягуючи порушників до адміністративної відповідальности;

ґ) допомагати організовувати профілактичні щеплення серед робітників та їхніх родин проти черевного тифу, після дифтерії, шкарлятини, дизентерії тощо;

д) виявити хворих на заразливі хороби, повідомляти про це санітарну організацію і домагатися шпиталізації інфекційних хворих;

е) добиватися від господарчих організацій, щоб запроваджували вони широкі оздоровні заходи: постачання людності доброякісної води, будування водогонів і каналізацій, брукування вулиць, розширення зелених насаджень, організація парків культури і відпочинку, будинків відпочинку і т. інш.;

ж) брати участь у дитячих оздоровних кампаниях, в організації дитячих ясел, майданчиків, санаторій та літніх оздоровних таборів;

з) громадські санітарні уповноважені систематично подають звіт за свою роботу перед органами охорони здоров'я, перед профспілковими організаціями та перед товариствами оздоровлення праці й побуту і Червоного Хреста.

12. Громадські санітарні уповноважені одержують від інспектури охорони здоров'я мандат і мають право:

а) контролювати, як виконують господарчі і кооперативні організації справу здійснення оздоровних заходів, санітарного мінімуму і вимог санітарного догляду;

б) провадити санітарний нагляд та обслідування;

в) вимагати від адміністрації підприемства, установ, закладів, щоб усунули ламання санітарних правил та санмінімуму;

ґ) брати участь у розроблюванні санітарних правил, протиепідемічних заходів, санітарних мінімумів для гуртожитків, для підприемств, селищ, житлокопів, їдалень, радянських базарів, продуктових крамниць тощо; через санітарну організацію подавати розроблені санітарні заходи і правила на затвердження відповідних радянських органів (міськрад, райвиконкомів і сільрад).

г) складати протоколи за порушення санітарних правил, накладаючи штраф до 10 крб., Складені протоколи громадські санітарні уповноважені передають на затвердження санітарного лікаря, під керівництвом якого вони працюють. Штрафи, накладені за протоколами, які склали громадські сануповноважені та затвердили санітарні лікарі, стягують органи міліції, або сільські ради безсуперечним порядком, передбаченим адміністративним кодексом УСРР.

13. Усі раніше видані положення про громадських санітарних уповноважених — касується.

Програма курсів-семінарів для громадських саноуповноважених.

1. Постанови партії та уряду про медсанобслуговування та поліпшення умов трудящих і ознайомлення з положенням про саноуповноважених. (2 години)
2. Санмінімум на підприємствах, установах та радгоспах. (2 години)
3. Санмінімум в їдальні, хлібопекарні та розподільнику (2 години
4. Санмінімум в робітничих гуртожитках, кватирях та робітничому селищі. (2 години)
5. Техніка безпеки праці на підприємстві (2 години),
7. Персональна гігієна робітника (2 години).
7. Загальні та спеціяльні заходи боротьби з пошестями хворббами (постачання води, каналізація, бані, душі. перепускники, профілактичні щеплення, шпиталізація, боротьба з дитячими пошестями, захорування. (4 години).
8. Товариство оздоровлення побуту й праці і його завдання в боротьбі за поліпшення санітарно-побутових умов трудящих. (2 години).

IV. Об'яви та повідомлення

1. Організація при НКОЗ Управління Державної санітарної інспекції та санфізкультури.

З розпорядження Наркома охорони здоров'я УСРР тов. Канторовіча, при НКОЗ утворено Управління Державної Санітарної Інспекції та санфізкультури.

Управління має в своєму складі такі сектори:

а) Масових оздоровних заходів.

б) Санфізкультури.

Управління відає справи масових оздоровних заходів, державного санітарного нагляду, питання громадської самодіяльности в галузі охорони здоров'я, масової медично-санітарної техпропаґанди та фізкультури.

2. Конкурси

а) Харківський фармацевтичний інститут оголошує конкурс на заміщення таких вільних посад:

1. Професора, зав. катедри соц. гігієни та організації охорони здоров'я 1
2. Викладача санітарної освіти 1
3. Доцента з мікробіології 1

Особи, що бажають взяти участь у конкурсі, повинні подати такі відомості: Короткий життєпис, наукові роботи та відповідні документи про службу та громадську роботу.

Знати укрмову обов'язково.

Термін конкурсу—1 січня 1933 року.

Адреса інституту:—Харків, вул. Мельниківа № 12.

б) Вінницький науково-дослідчий інститут сільської гігієни оголошує конкурс на заміщення посад наукових співробітників.

1. Зав. відділів:

а) Сільсько-комун. гігієни, б) Епідеміологічного, в) Громадського харчування, г) Професійної гігієни д) Санітарно-технічного.

Зарплата 250 карб.

2. Завід. відділів:

а) водного;
б) житлового;
в) планування залюднених місць;
г) паразитарних інфекцій;
д) кишкових інфекцій;
е) дитячих інфекцій;
ж) пастерівського;
з) протозонно-паразитологічного;
і) дезінфекційного;
к) серобактеріологічного;
л) організації громадського харчування;
м) санітарно-харчового;
н) санітарної культури та сан. тех. пропаґанди;
о) підготовки кадрів пром. харчування;
п) зав. метод. кабінету.

Крім того, інституту потрібні молодші наукові співробітники, що знаються на санітарно-хемічній, санітарно бактеріолог. та саніт. статистичній роботі.

Осіб, що бажають взяти участь в конкурсі, просять до 15 грудня 1932 року подати таке:

1) Заяви, 2) документи про закінчення вищої школи. 3) коротку автобіографію, 4) друковані праці та рецензії на них, 5) характеристику адміністративних та професійних органів.

Адреса: Вінниця, вул. Льва Толстого № 10. Науково-дослідчий Інститут Сільської Гігієни.

Редколегія: **Канторовіч С І.** (відповід. редактор), **Єфімов О. О.** (заступник редактора), **Залкінд А. Л** (відповід. секретар).

ДВОУ УПП. 7 друкарня ім. Фрунзе Харків, Дон-Захарж. 6. Головліт 7989. Зам. 1697. Прим. 6.500
2 друк. арк. В 1 друк. арк. 107.100 зн. Формат пап. 72×110. Вага 1 м. ст. 50 клг. Здано до складання 13-X-32 р. Підписано до друку 16-XI-32 р.

К.П.У.

ПРОЛЕТАРІ ВСІХ КРАЇН, ЄДНАЙТЕСЯ!

БЮЛЕТЕНЬ
НАРОДНЬОГО КОМІСАРІЯТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УСРР

РІК ВИДАННЯ 8-й
Редакція: Наркомздоров'я УСРР, Харків, Буд. Держпромисловости 6-й під'їзд, 4 поверх

№ 22-24	ЛИСТОПАД-ГРУДЕНЬ 1932 року	№ 22-24

ХАРКІВСЬКА ... БІБЛІОТЕКА

ОГЛАВ

I. ЛИСТИ НАРКОМЗДОРОВ'Я ДО ВСІХ МЕДРОБІТНИКІВ УКРАЇНИ.

1. Найпекучіші питання поточної роботи органів та установ охорони здоров'я.
2. Розвиток справи здоровоохорони на Україні на 15-ту річницю Жовтневої революції.

II. ОФІЦІЙНА ЧАСТИНА.

Організаційно-адміністративна частина. Фінанси. 198. Про заходи поширення шефства промпідприємств над установами охорони здоров'я. 199, Про посилення зв'язку з групами сприяння РСІ. Про соцзаступників по установах охорони здоров'я. 200. Як застосовувати постанову РНК УСРР про плянування оздоровних заходів. 201. Про безперебійне фінансування справи охорони здоров'я. 202. Цілком виконати фінплян 1932 року. 203. Розмір асигнувань на меддопомогу робітникам промкоооперації. 204. Про інформування місць радіом. 205. Про заборону відбирати приміщення медсанзакладів. **Кадри.** 206. Виправлення ставок зарплати середньому медперсоналові. 207. Обов'язково впорядкувати справу сполучення посад. 208. Зміни розмірів стипендій слухачам інститутів удосконалення лікарів. 209. Про зарахування попереднього стажу санітаркам. **Раціоналізація, стандартизація, винахідництво.** 210. Про типізацію й стандартизацію лінією охорони здоров'я. **Оздоровлення побуту. Попередження розвитку пошесних захорувань.** 211. Зміни арт. арт. 1 8 постанови уряду про заходи до поліпшення санобслуговування робітників. (Додано постанову ВУЦВК'у і РНК). 212. Про епідстан Республіки та протиепідемічні заходи (постанова РНК УСРР на доповідь НКОЗ). 213. Про заходи боротьби з обкладом і шкарлятиною. 214. Правила користування центрального водопостачання в неканалізованих залюднених пунктах (постанова Сантехради УСРР). 215. Про нагляд і контроль стану водопостачання. 216 Про санітарне оздоровлення підприємств хлібопечення. 217. Наслідки обслідування санітарного стану підприємств хлібопечення в промрайонах УСРР (розпорядження Заст. НКОЗ УСРР). 218. Про виконання постанови РНК УСРР щодо поліпшення сантехстану різниць (додано постанову РНК). 219, Про санітарне оздоровлення підприємств бринзоваріння. 220. Про масову перевірку роботи місцевих санкульторгалізацій. **Охматдит. ОЗДП.** 221, Про ясельну справу (постанова РНК УСРР).. 222. Про виконання постанови РНК УСРР щодо ясельної справи. 223. Про роботу дитячих консультацій. 224. Організація позашкільного режиму дітей. 225. Санмінімум для дитячих інтернатів і комун молоди. 226. Типовий розпорядок роботи в школах ФЗУ. **Лікувально-профілактична частина.** 227. Про оголошення частини м. Чернігова республіканським курортом. 228. Про застосування нових видів перев'язувального матеріялу,

III. ІЗ ДІЯЛЬНОСТИ НАРКОМЗДОРОВ'Я, ЙОГО УПРАВЛІНЬ І СЕКТОРІВ.

1. Плян розвинення фізкультури на на другу п'ятилітку. 2. Про основні принципи реорганізації вищої медосвіти. 3. Найважливіші питання поточної роботи (із матеріялів Всеукр. наради з питань оргроботи).4. Премії та нагороди медробітникам Дніпрельстану. 5.Нагороди кращим. 6. Привітання й рапорти Наркомздоров'я УСРР. 7. Соцдопомога Киргизькій республіці.

IV. ОБ'ЯВИ ТА ПОВІДОМЛЕННЯ. 1. Конкурси. 2. Ріжні об'яви.

ВИПРАВТЕ ДРУКАРСЬКУ ПОМИЛКУ

У бюлетені № 20-21 на стор. 405, рядок 7-й зверху з вини коректора трапилася помилка: перепустили слово „**не**“.

Отже, всю фразу треба читати так: „Заявки на документацію окремих РЗІ, МЗІ виконуватись не будуть, водночас не виконуватимуться і заявки облздороввідділів на форми, що їх **НЕ** затвердив НКОЗ“.

Редакція.

I. Листи Наркомздоров'я до всіх медробітників України

1. Найпекучіші питання поточної роботи органів та установ охорони здоров'я

Лист Наркома охорони здоров'я **т. Канторовіча**

Ще раз вважаю за потрібне звернути вашу увагу на потребу максимально зміцнити та розвинути інститут міжрайінспекторів, прикріпивши таких до 3-4-5 районів, щоби ці інститути взяли на себе обов'язки обслуговувати ці райони та наглядати за їхньою роботою. Вони повинні також виконувати доручення, що їх даватиме облздоровввідділ.

Треба максимально зміцнити апарат райздоровінспектур, підібравши цілком задовільних райздоровінспекторів. У кожному районі повинен бути інспектор охматдиту. Будьяких призначень, переміщення та звільнення в райздоровінспектурах, у підлеглих Вам установах неможна робити без відому й санкції облздоровввідділу, інакше ми ніколи не покладемо край плинності нашого відповідального адмін. персоналу. Поставте це питання перед відповідними органами, доможіться, щоб видали відповідну обов'язкову постанову.

Треба негайно зайтися навколо справи поліпшення адміністративно-господарчо-організаційної роботи у всіх медсанустановах. Треба на чолі установи настановляти цілком добропякісних та придатних адміністраторів, утворювати для них найкращі та найсприятливіші умови для роботи, підбирати таких адміністраторів, які б могли належно здійснювати одноначальність. На посаду помічника з госпчастини в установах треба, як правило, встановлювати медробітників (лікпомів або сестер), і навіть лікарів, але запрошувати цілком придатних осіб.

Треба обов'язково налагодити фінансову сторону справи, налагодити відчитність, підібрати бухгальтерів, рахівників, що мають належну кваліфікацію й знання. Теж саме повинні зробити установи, підпорядковані НКОЗ.

Треба притягти до райздоровінспектур, як зверхштатних інспекторів, лікарів по лікпрофу, санепіду; вони повинні працювати за сполученням і одержувати відповідну плату. Коштом фонду меддопомоги треба притягти до роботи в райздоровінспектурах рахівників або бухгальтерів, статистиків та одного техробітника.

Треба негайно взятися за приведення до ладу всієї мережі, за ремонт, устаткування з тим, щоб це було закінчено до 15-річчя Жовтневої Революції.

Треба за всяку ціну реалізувати ввесь плян 1932 року та реалізувати ввесь єдиний фінплян, примусити місця мобілізувати кошти зі всіх джерел фінансування. Перелік джерел є у Вас*). Єдиний фінплян треба реалізувати цього року якою б то не було ціною, причому кошти промисловости, госпорганів тощо також треба обов'язково притягти повним обсягом відповідно до затверджених плянів.

Наркомздоров'я УСРР — **С. Канторовіч**

м. Харків 25 листопада 1932 р.

2. Розвиток справи здоровоохорони на Україні на XV річницю Жовтневої Революції**)

1.

Динаміка населення на Україні (в тисячах)

	1913 р.	1924 р.	1927 р.	1931 р.
Ціле населення	27319,8	27017,0	29037,0	31403,0
Міське населення . . .	4547,0	4661,0	5388,0	6093,0

*) Див. н/бюлетень № 11-12 цього року.— Ред.

**) Подано від Українського Державного інституту охорони здоров'я. (Директор *І. Л. Злотнік*)

Кількість осіб, що працюють у народньому господарстві (тис.)

	1921 р.	1928 р.	1932 р.	Плян 1933 р.	1914 р.
Загальна кількість . . .	1370,5	2235,0	3814,0	—	—
Окремо в промисловості	432,0	768,6	1457,0	1515,0	—
Питома вага жіночої праці в ценз. промисловості	—	12,6%	—	22,5%	7,7%
Робітників цензової промисловости	—	580	—	1124,4	642,2%

Загальна смертність на Україні

становила таке (на 1000 населення)

1911—13 р. р. 22,0
1925—28 р. р. 17,9

причому знизилася смертність людей робітничого віку. Ось у чотирьох великих містах смертність 1928 року порівняльно до 1923 року становила таке (на 1000 населення).

Вікові групи	Чоловіки			Жінки		
	1923 р.	1928 р.	%% відношення	1923 р.	1928 р.	%% відношення
15–19 років .	5,76	3,90	67,8	4,16	2,90	69,7
20–24 „ . . .	8.49	4,64	54,7	5 66	3,60	63,6
25–34 „ . . .	8,18	5,25	76,4	6,48	4,26	65,8
35–44 „ . . .	10,31	9,21	69,3	8,42	5,04	71,8
45 54 „ . . .	16,21	17,54	108,1	11,54	9,83	85,3
55–64 „ . . .	33,01	31,90	96,7	21,08	14,45	67,6

Дитяча смертність на Україні (дітей до одного року на 100 народжених)

Роки	Разом	В тім числі:	
		у містах	в селах
1901—1905 .	19,3	—	—
1906 1911 .	18.9	21,6	18,5
1911—1913 .	19,2	—	—
1922	18,8	—	—
1924	12,8	12,2	12,9
1928	13.7	12,7	13,8
1929	15,0	13,8	15,3
1930	13,7	12,6	13,9

Треба зазначити, що в чотирьох великих індустріяльних містах дитяча смертність ще нижча й становить 9,4%.

Натуральний приріст населення на Україні є найвищий серед европейських країн.

На 1000 населення цей приріст становить 1929—31 р. р. (на деякі країни дано попередні дані):

УСРР 15,7
Польща 15,5
Литва 10,7
Німеччина 5.0
Англія 3,0
Франція 0,4

Перша п'ятилітка дала чималі досягнення в галузі піднесення рівня соціяльного здоров'я трудящих.

„...Запроваджування широких оздоровних заходів, розвинення мережі ясел, консультацій, розповсюдження санітарної письменности, поліпшення харчування мусять привести до значного падіння захорувавости й спричинити дальше скорочення смертности, особливо ж дитячої"... (Із доповіді тов. Куйбишова на XVII партконференції).

„... Доки існує капіталістичний спосіб виробництва, доти нерозумно розв'язувати окремо житлове або якесь інше громадське питання, що зачіплює долю робітника. Розв'язання полягає в тому, щоби винищити капіталістичний спосіб виробництва, щоби сама робітнича кляса привласнила всі життєві засоби й знаряддя праці"...

(Енгельс—„Житлове питання" ст. 68)

„... Жовтнева Революція, ліквідувавши буржуазно-поміщицьке панування, перетворила міське господарство із засобу додаткової експлоатації робітників на організацію обслуговування їхніх матеріяльних і культурно-побутових потреб"...

(Із постанови червневого 1931 р. пленуму ЦК ВКП(б))

Комунальне господарство

	1913 р.	1928-29 р.	1933 р. (плян)
Кількість міст, що мають водогони . . .	—	54	73
Теж, що мають каналізацію	4	4	7
Теж, що мають трамвай	9	9	13
Теж, що мають лазні .	—	81	154
Перепускна спроможність лазень	—	64398	147840

Капіталовкладання за першу п'ятирічку

Україна	370,5	мільйонів крб.
Донбас окремо	66.3	„ „
Дніпропетровське	52,2	„ „
Харків	143,1	„ „

Житлове будівництво

	Динаміка житлофонду (тис. кв. метр.		
	1913 р.	1929 р.	1933 (на поч. року)
Україна	29178	32903	39505
У т. ч. Донбас . .	3800	5009	8565
„ „ „ Харків . .	2282	2635	3225

Житлове будівництво в містах (тис. кв. метр.).

	1919-1927 р.	1927-28 р.	1929-30 р.
Україна	1716	1875	6602
Донецька обл.	483	726	3555
Харківська обл.	81	173	789

Громадське харчування

„Вирішні успіхи в галузі господарчого будівництва СРСР, культурне зростання мас і втягування робітничої сім'ї у виробництво в зв'язку з цілковитою ліквідацією безробіття, становлять перед споживчою кооперацією задачу поступово переключити харчове постачання з форми індивідуального споживання на громадське харчування, яко першу умову переходу від дрібного поодинокого хатнього господарства до великого усуспільненого".

(*Ленін*—т. XVIII ч. 1 стор. 92). (Пленум ЦК і ЦКК ВКП(б) з 21 грудня 1930 року).

Щороку кращають організаційні форми громадського харчування й зростає охоплення робітничого населення.

Ось дані:

	1913 р.	1924 р.	1929 р.	1932 р.
Кількість їдалень . . .	—	82	1102	8511
Добова кількість страв (тис.).	—	91,4	322,0	10696,0

Зростання кадрів робітників громадського харчування:

	1913 р.	1929 р.	1931 р.	1932 р.
Кількість осіб, що працюють у цій галузі . .	—	19823	56372	96575*)

Зростання громадського харчування на селі

	Радгоспи й МТС		Колективний сектор	
	Кількість постійних їдалень	Пересувних	Кількість постійних їдалень	Пересувних
1931 р.	1174	2325	2000	28700
1932 р.	1484	2796	4000	56000

„...Наркомздоров'я та органи охорони здоров'я повинні встановити спеціяльний нагляд за санітарним станом усіх підприємств громадського харчування, притягуючи винних до відповідальности"...

(Із постанови ЦК ВКП(б) з 19 серпня 1931 р. „про заходи поліпшити громадське харчування").

Кількість санітарно-харчових лікарів на Україні зросла: 1913 року таких лікарів не було зовсім, 1928 року їх було вже 28, 1930 року було 56, а на 1932 рік маємо санхарчових лікарів 145.

Зростає також кількість підготовлених спеціяльних дієтетичних кадрів. Це доводить така таблиця:

	1913 р.	1929 р.	1930 р.	1931 р.	1932 р.
Дієтлікарів	0	2	35	70	106
Дієтсестер	0	—	—	130	250
Дієткулінарів	0	5	20	81	130

Збільшилася діяльність у галузі виробництва лябораторних аналіз харчових продуктів (тис.):

	1913	1926-27	1930	1932
Кількість аналіз	—	48,2	67,4	72,0

Зростає мережа дієтетичних установ:

	1913	1929	1930	1931	1932
Кількість дієтдиспансерів	0	1	5	19	45
Дієтїдалень	0	0	2	75	172
Разом	—	1	7	94	217

Зростає також охоплення дієтхарчуванням:

	1913	1929	1930	1931	1932
Кількість їдців на один дієтдиспансер	—	100	400	2225	3800
На одну дієтїдальню . .	—	—	200	10500	12000

*) Із них скінчили курси—56977, або 59%.

А ось як охоплено дітхарчуванням робітників провідних галузей промисловости:

Галузі промисл.	1913	1930	1931	1932
1. Металюргія	0	0	2160	2315
2. Машинобудування . .	0	200	3842	5300
3. Хемічна	0	0	275	975
4. Гірнорудна	0	0	460	600
5. Вугільна	0	400	2740	3000

Радянська охорона здоров'я, яко комплекс заходів політичних, економічних, соціяльно-тігієнічних і медично-санітарних, спрямованих на цілковите оздоровлення праці й побуту, розвивається на базі широкої соціяльної профілактики (житло, харчування, матеріяльний рівень трудящих, зростання культури, закони про працю тощо).

Буржуазна охорона здоров'я розвивається на базі соціяльної патології, безробіття, що дедалі, то більше зростають, зниження зарплати, зниження житлового рівня.

„... Ми повинні будемо в межах другої п'ятилітки значно повніше задовольнити пролетарську людність у найважливіших індустріяльних районах житловою площею та створити цілу мережу установ колективного обслуговування побутових потреб (загальні їдальні, дитячі кімнати, клюби, пральні тощо).

Розгортання житлового й комунального будівництва вимагатиме утворення чималої індустрії, що обслуговує потреби комунального господарства і лінією будівництва, і лінією експлоатації: широке розвинення виробництва комунального обладнання, електроприладів, речей побутового вжитку та інш."...

(Із доповіді т. *Куйбишова* на XVII парт. конференції).

...„В основу своєї діяльности в галузі охорони народнього здоров'я ВКП покладає насамперед запровадження широких оздоровних і санітарних заходів, що мають за мету попереджувати розвиток захорувань. Диктатура пролетаріяту дала вже змогу провести в життя цілий ряд оздоровних і лікувальних заходів, яких неможна здійснювати в рямцях буржуазного суспільства: націоналізацію аптечної справи, великих приватно-підприємчих лікувальних установ, курортів, трудову повинність медичних робітничих сил тощо.

Відповідно до цього ВКП ставить своїм найближчим завданням:

1) Рішуче запровадження широких санітарних заходів в інтересах трудящих, як-от:

а) Оздоровлення залюднених місць (охорона ґрунту, води й повітря).

б) Організація заходів, що попереджують розвиток і розповсюдження заразних хвороб;

в) Утворення санітарного законодавства.

(Із програми ВКП(б).

Динаміка розвитку санітарно-епідеміологічних установ по УСРР

Установи	1913	1925	1928	1929	1930	1931	1932 (за пляном)
Санстанції	0	0	0	0	—	107	162
Сан. бак. лябoрат. . . .	9	77	124	146	174	213	300
Малярстанції	0	52	25	26	28	34	34
Малярпункти	0	—	20	16	12	15	18
Пастер. станції	5	8	16	17	19	27	27
Пастер. пункти	0	—	—	—	55	52	63
Дезстанції	0	—	24	—	—	32	32
Дезбази із пересувн. дезкамерами	0	56	58	82	—	151	285
Лазнево-пральні загони	—	—	—	—	—	—	1579

Дезінфекційна справа на Україні

	1926 р.	1932 р.
Дезінфекційні камери:		
Парові стаціонарні . .	131	314
„ пересувні . . .	55	655
Пароформалінові	34	70
Вакуум-камери	3	8
Сухоповітряні	110	280
Газові	—	266
Лазнево-пральні устави .	—	1579
Лікарі	9	37
Дезінструктори	10	119
Дезінфектори	154	679
Дезмонтери	—	8

Щепільна діяльність

РОКИ	Разом віспощеплень	Із них вакцинацій	Остаточно імунізовано прищепками проти: Черевн. тифу	Шкарлят.	Обкладу
1913	3.159.672	—	—	—	—
1924-25	3.301.859	1.244.615	91 634	—	—
1927-28	3.812.540	1.467.414	381.503	629.165	68.938
1928-29	3.909.049	1.481.068	926.503	564.480	65.648
1929-30	3.872.426	1.627.269	2.688.988	1.919.584	111.999
1932 (за плян.)	32,000.000	—	3.200.000	2,000,000	2.500.000
Фактично вже зроблено	26.500.000	—	—	—	—

„г) ... Боротьба із соціяльними хворобами: туберкульозою, венеризмом, альвоголізмом тощо“... (Із програми ВКП(б).

Мережа установ, що провадить боротьбу із соціяльними захоруваннями

	1913	1922	1928	1929	1930	1931	1932 (за пляном)
Тубдиспансери	0	30[2])	118	118	124	142	183
Вендиспансери	0	19[2])	103	106	108	133	173
Пункти швидкої противенер. допомоги . . .	0	0	—	—	5	19	22[3])
Кардіодиспанс. . . .	0	0	0	0	—	14	18
Ліжка по самостійн. санатор.[1])	—	185[4])	1401	1983	2372	2558	4972

Такі соціяльні хвороби, як туберкульоза та венеризм, різко знизилися: ось щодо туберкульози було зареєстровано 1928 р. на 10.000 населення 124,6 випадків, 1930 р. 99,6, а по Донбасу відповідно 143,5 і 86.

[1]) Крім курортових.
[2]) На цей рік—вкупі з пунктами.
[3]) На 1 квітня 1932 р.
[4]) Тільки туберкульозні.

Щодо вензахорувань, то 1928 року зареєстровано усіх форм сифілісу 24.1 на 1000 населення, 1930 року—17,7, а в Донбасі відповідно 39,3 і 24,6.

д) „... Забезпечення загальноприступною, безплатною й кваліфікованою лікувальною та ліковою допомогою" (Із програми ВКП(б)).

Мережа установ спеціяльних видів допомоги значно зросла. Це доводять такі дані:

	1922 р.	1928 р.	1929 р.	1930 р.	1931 р.	1932 р. (за плян.)
1. Рентґенустави . . .	10	128	145	143	169	190
2. Зубполікліники та зубамбуляторії	—	31	88	43	53	59
3. Зуботехн. лябор. .	—	71	81	101	156	157
4. Зубкабінети при лікустановах . .	—	892	1015	1096	1252	1461
5. Самостійні фізіотерапевтичн. устан. . . .	7	26	26	32	45	55
6. Фізіо-терапевт. кабін. при лікустан.	7	73	98	110		114

Мережа лікувально профілактичних установ стала приступнішою:

Установи	1913 р.	1922 р.	1928 р.	1929 р.	1930 р.	1931 р.	1932 р. (плян)
Поліклініки . . .	0	42	221	248	296	356	379
Амбулаторії . . .	1460	1484 [1]	2121	2234	2367	2655	2803
Лікарні	1460	906 [2]	943	968	983	1107	
Ліжок у них . .	29810	24976	30932	33018	38830	46575	57751
Із них пологових .	—	—	4191	4356	4333	7275	
„ „ інфекційн. .	—	—	4109	4442	5211	8648	
Населення на 1 ліжко	—	1082	991	944	812	685	561

Прийом первинних хворих у лікарів збільшився, а в середнього медперсоналу скоротився. Ось порівняні дані:

Роки	Разом прийнято первин. хворих	Із них у лікпомів	%% прийому у лікпомів
1912	20 019.295	7.459.519	37.3
1927-28 . .	25.965.565	5.625.620	21.7

Меддопомогу на Україні ось як наближено до населення: на 1000 населення припадало звертань 1912 р.—638.4, 1927-28 р.—873.7, а 1929-39 р. було вже 1100.0.

„Ураховуючи різку недостатність медичної допомоги на селі, особливо в обслуговуванні бідняцько-наймитських мас, ЦК пропонує Наркомздоровам Союзних Республік намітити плян систематичного розширення сільської лікувальної мережі.

Розгортування роботи на селі треба пов'язати з колгоспним і радгоспним будівництвом, що охоплює широкі маси наймитів, бідняків і середняків".

(Постанова ЦК ВКП(б) з 1929 р. „Про меддопомогу робітникам і селянам").

[1] 1923 р.
[2] 1924 р.

Мережа сільських лікарських дільниць на Україні

	1913 р.	1922 р.	1928 р.	1929 р.	1930 р.	1931 р.	1932 р.[1]
Лікарських лікарняних та амбулят. дільниць	952	1307	1665	1821	1976	2229	2275
У т. ч лікарняних	—	647	685	713	754	809	830
У них ліжок . . .	—	19052	11582	12538	15757	19568	21120

„Наркомздорови Союзних республік повинні ґрунтовно перебудувати всю практичну роботу в галузі охорони здоров'я, чіткіше відбиваючи в ній клясову пролетарську лінію.

Поліпшити лікувальну й профілактичну допомогу в промислових центрах виділяючи в окрему групу основні індустріяльні райони (гірна, металюрґійна промисловість тощо).

З огляду на особливо тяжкий санітарний стан Донбасу, Кузбасу та Уралу, запропонувати раднаркомам СРСР, РСФРР та УСРР провести ряд широких заходів щодо санітарного оздоровлення цих районів".

(Постанова ЦК ВКП(б) з 1929 р. „про медичне обслуговування робітників і селян").

Мережа основних установ, розташованих безпосередньо на виробництвах зростає, особливо починаючи в 1930 року:

	1913 р.	1922 р.	1928 р.	1932 р. (за плян.)
1. Медсанцехи на підприємствах	0	0	0	32
2. Промсанстанції . . .	0	0	0	22
3. Пункти першої допомоги постійні	0	142	432	1605
4. У т. ч. підземні пункти по підприємствах гірничої промисловости	0		4	120

Темпи розвитку основних видів медично-санітарної мережі в Донбасі набагато перевищують загально-українські темпи. Нижченаведена таблиця ясно це доводить:

	У Донбасі					На Україні				
	1925 р.	1928 р.	%% до 1925 р.	1931 р.	%% до 1928 р.	1925 р.	1928 р.	%% до 1925 р.	1931 р.	%% до 1928 р.
Ліжка в лікарнях . . .	2506	4353	173.7	10962	251.8	24408	30932	126.7	46575	150.5
Поліклініки	16	25	156.2	69	236.0	207	221	106.7	356	161.0
Пункти першої допом. .		68		436	641.1	297	432	145.4	1471	342.8
Ліжка в постійн. яслах .	965	1893	196.2	12629	667.1	5174	8311	160.6	52719	634.3
Сан. бак. лябораторії .	6	8	133.3	38	375.0	80	124	156.0	213	171.8
Лікарні	370	1402	378.9	1996	142.3		10250		15239	148.7

Мережа єдиних диспансерів, що дає синтезу заходів оздоровлення праці й побуту, синтезу лікувально-профілактичних і санітарно-гігенічних заходів, плянове обслуговування робітників провідних галузей промисловости та профілактичний напрям усієї роботи — зросла на Україні. Це подають такі дані:

Кількість єдиних диспансерів становила:

1913 р.	1928 р.	1931 р.	1932 р.
0	0	28	61

[1]) Стан на 1 квітня 1932 р.

Як хворі відвідували амбуляторні установи та як довго вони перебували в лікарнях (щодо кількости відвідувань та ліжко-днів), показує нижченаведена таблиця, що свідчить водночас про поліпшення охоплення застрахованих.

Роки	Перв. хворих	Відвідувань	У т. ч. застрах. та чл. їхніх родин	Відвід. удома	У т. ч. застрах. та чл. їхніх родин	Ліжко-днів	У т. ч. застрах. та чл. їхніх родин
1912	10.019.295	—	—	—	—	9.456.302	—
1924-25	15.406.892	32.652.841	—	2.242.800	—	8.224.670	—
1927-28	26.225.779	58 994.363	28.999 296	4.152.824	2 737.204	10.094.567	4.059.847
1928-29	28 802.530	64.095.146	32.727.135	4.449.407	3.011 481	10.848.286	4.231.960
1929-30	34.389.407	72.904.219	39.625.441	5.631.711	3.643.398	12.725.083	4.843.833

... „Немає у нас у Росії такої підлости та мерзотности, як безправність або неповноправність жінки, цього обурливого пережитку кріпацтва та середньовіччя, що підновлюється серед жадливої буржуазії по всіх без будьякого винятку країнах земної кулі“.

(Ленін, том XXVII, стор. 26)

Мережа установ охматдиту сприяє розкріпаченню жінок, комуністичному й здоровому вихованню дітей. Нижченаведені дані говорять про розвиток мережі установ охорони материнства й дитинства:

	Роки						
	1912	1922	1928	1929	1930	1931	1932
1. Консультації	5	59	502	524	541	632	764
2. Молочні кухні . . .	5	18	143	161	182	246	304
3. Дит. поліклініки та проф. амбуляторії . .	0	6	37	48	57	62	71
4. Акушерські пункти .	0	0	101	106	—	161	168
5. Ясла постійні	—	48	226	306	369	1129	1150
6. У них ліжок	—	2400	8311	11652	17143	32719	115034
7. Ясла сезонні	86	266	1434	2023	—	17500	30500
8. У них ліжок	4300	10640	43404	65205	—	754203	1509100

Пологові ліжка на 1932 рік становлять 7275, а 1928 року їх було 4141.

Пологодопомога

	Роки			
	1924/25	1927/28	1928/29	1929/30
Разом випадків пологодопомоги	162406	287471	297235	331646
У т. ч. у стаціонарах . . .	65837	165493	171684	213914
Відсоток пологодопомоги в стаціонарах до загальн. кількости пологодоп	40,5	64,1	57,8	64,5
Відсоток охопл. пологодопомогою до заг. кількости народжень .	13,5	25,4	27,5	30,7

„Боротьбу за здорову зміну треба просякти вказівками Леніна на те, що „саме вона, ця молодь, має закінчити, завершити справу комунізму, саме вона має вести бої за комунізм і вона мусить ці бої зустрінути міцною, здоровою, із крицевими нервами та залізними м'язнями“ (Постанова ЦК ВКП(б) на десятиріччя піонерорганізації).

Мережа установ охорони здоров'я дітей і підлітків

	Роки		
	1921-22	1928	1931
1. Дитячі поліклініки та профамбуляторії	—	27	62
2. Дієтїдальні	1	7	10
3. Санаторії постійні	10	33	103
4. Майданчики	—	1006	4738
5. Колонії	—	68	225
6. Лікарі ОЗДП	279	437	573

Мережа літніх оздоровних установ така:

	Роки			
	1928	1929	1930	1932
1. Санаторії цілодобові	30	30	33	45
2. Санаторії денні	30	30	45	381
3. Оздоровні колонії	68	135	162	770
4. Оздоровні майданчики	1006	2190	4366	8473

„Для нас досить тепер цієї культурної революції для того, щоби стати цілком соціялістичною країною, але для нас ця культурна революція являє неймовірні труднощі також суто культурного чину, бо ми неписьменні, і матеріяльного, бо для того, щоби бути культурними, потрібний певний розвиток матеріяльних засобів виробництва, потрібна певна матеріяльна база". (Ленін, том XXVII, стор. 397).

Мережа санітарно-освітніх установ

	Роки						
	1913	1922	1928	1929	1930	1931	1932 (за плян.)
1. Буд. санкультури	0	5	25	33	36	67	69
2. Санкультбази	0	0	87	97	100	112	265
3. Сантеатри стаціонарні	0	0	0	0	0	5	6

„Вислухавши доповідь про підсумки Всесоюзної наради в справах медкадрів, ЦК відзначає, що за наявности деяких досягнень в галузі медичної освіти та наукової медичної роботи (1930-31 р. збільшилася кількість ВИШ'ів, робфаків і покращав соціяльний та партійний склад учнів, а також розширилася мережа науково-дослідчих інститутів, з одночасним поліпшенням соціяльного складу аспірантури), стан щодо підготови медичних кадрів лишається зовсім незадовільний"... (Постанова ЦК ВКП(б) з 1 червня 1931 р.

Мережа установ, що готують медичні кадри

	1930 р.	1931 р.	На 1-IV 1932 р.
1. Інститути	—	17	26
2. Із них виробничі	—	4	12
3. Разом студентів	6171	7329	8398
4. Медтехнікуми	38	58	66
5. Студентів у них	7250	10220	10408

Партійний і соціяльний склад студентів медичних ВИШ'ів і медтехнікумів (у %% до загальної кількости) 1930 і 1931 р. такий:

Учбові заклади	Роки	Партійний склад			Соціяльний склад			
		Члени й кандид. КП(б)У	Члени й кандид. ЛКСМУ	Позапартійні	Робітн. й діти робітн.	Селяни	Служб. та діти служб.	Інші та невизначені
МедВИШ'і	1930 . .	4,9	21,5	73,6	35,5	20,2	41,2	3,1
	1931 . .	8,4	24,5	67,1	43,6	19,7	32,9	3,8
Медтехнікуми	1930 . .	0,3	23,4	76,3	38,9	33,5	22,0	5,6
	1931 . .	0,5	31,0	68,5	38,4	38,6	18,0	4,0

Як розпоподіляються лікарі за ознакою груп фахів на Україні (у відсотках до загальної кількости лікарів) на 1932 р., показують такі дані:

Групи лікарів	У %%.
1. Санітарна	13,0
2. Охорона материнства й дитинства	19,0
3. Санітарна освіта	0,5
4. Лікувально-профілактична	60,3
5. Адміністратори	2,7
6. Решта	4,5
Разом . . .	100,0

Медичні кадри на Україні

	Роки					На 31-XII 1931 р.
	1913	1922	1928	1929	1930	
1. Разом лікарів	5272	8664	10250	11421	13595 [1])	15239
2. У т. ч. санітар.	77	250	544	610	826	1147
3. У т. ч. ОЗДП	—	279	427	481	487	573
4. Зублікарі	747	2847	1369	1567	1779	1846 [2])
5. Середн. персонал . . .	8500	15954	16697	18112	20198	27158

„Запропонувати Наркомздоровам Союзних республік, маючи на меті ширшу заочну підготову середнього й вищого медперсоналу, організувати інститути заочного навчання, розгорнувши їхню роботу вже на кінець поточного року. Організувати при мединститутах, технікумах і інститутах удосконалення лікарів філіяли інститутів заочного навчання, звернувши особливу увагу Наркомздоровів на зміцнення та керівництво цими формами медосвіти. (Постанова ЦК ВКП(б) про медкадри з 1 червня 1931 року).

1932 року заочний медичний інститут має 5 секторів і 13 філіялів.

Заочний стоматологічний інститут має 3 сектори та 2 філіяли.

Відділ заочної і середньої медосвіти має 31 сектор, що містяться при медичних технікумах.

Кількість слухачів в інститутах заочної медосвіти становила: 1931 року — 1012, а 1933 року — 2932.

Витрати на заочну медосвіту становили: 1931 року — 393,7 тис. крб., а 1932 року = 1590 тис. крб.

До революції зовсім не було інститутів удосконалення лікарів, а 1932 року Україна має таких 4 інститути.

[1]) На 1 жовтня 1930 р.

[2]) Чималу кількість зублікарів перекваліфіковано останніх років на стоматологів.

Кількість лікарів, що набули перекваліфікації через Всеукраїнський інститут удосконалення, становить таке:

1923-24 р.	1928-29 р.	1931-32 р.
94 лік.	400 лік.	771 лік.

Витрати на перекваліфікацію (в 1000 крб.) становили:

1923-24 р.	1928-29 р.	1931-32 р.
94	400	771

„Виходячи з потреби соціялістичної реконструкції санітарно-гігієнічних умов праці й побуту робітників та реалізації, як першочергового завдання, проблеми чистоти, вважати за невідкладне зміцнення та розвинення в системі наукових установ НКОЗ інститутів соціяльної гігієни, комунальної санітарії, гігієни праці та професійних захворувань, поліпшення викладання санітарно-гігієнічних дисциплін і зробити обов'язковим, щоби студенти перших курсів усіх факультетів медвишів і технікумів вивчали найпростіші методи санітарних досліджень". (Из постанови ЦК ВКП(б) про медкадри з 1 червня 1931 р.)

Мережа науково дослідчих інститутів зросла:

Роки	Кількість			
	Наук. інст.	Ліжок у них	Опірних баз	Науков. робітн.
1914 . .	5	—	—	—
1927 . .	22	—	—	—
1928 . .	22	816	—	354
1929 . .	30	866	—	931
1930 . .	40	887	—	1000
1931 . .	49	1257	210	1249
1932 . .	52	1434	305	1800

Із наведених 52 науково-дослідчих інститутів було 1932 р.: санітарно-бактеріологічних—5; харчування — 3, комунальної гігієни — 3, охорони здоров'я — 1, санітарної культури — 2.

Склад наукових кадрів

Разом маємо 1800 наукових робітників; із них: членів КП(б)У та ЛКСМУ — 260, або 14,2%. Робітників — 140, або 7,8%

Склад аспірантури:

Роки	Разом	Із них:					
		Членів партії та КСМ	%	Робітн.	%	Селян	%
1931	249	97	38,9	65	26,1	74	29,7
1932	352	141	40,0	108	30,6	78	22,1

Підготова аспірантури:

1929 р. підготовлено 54 аспіранти, 1930 р. — 173, 1931 р. — 249. 1932 р. — 355.

Масовий робітничий відпочинок. Санаторно-курортова справа

Нищенаведена таблиця подає відомості про кількість трудящих, що користували з будинків відпочинку, санаторій, курортів, а також колоній робітничої молоді системи соцстраху УСРР (на 100 застрахованих):

	1928 р.	1929 р.	%% до 1928 р.	1930 р.	%% до 1929 р.	1931 р.	%% до 1930 р.	1932 р.
1) Пропущено через буд. відпочинку	4,2	4.0	95,2	3,6	90,0	5,1	141.7	7,1
2) Через санаторії . .	0,2	0,2	100,0	0,2	100,0	} 0,5	100,0	0,8
3) „ курорти . . .	0,4	0,4	100,0	0,3	75,0			
4) „ колонії роб. молоді	0,3	0,3	100,0	0,3	100,0	0,3	100.0	0,2

Зростання ліжок у будинках відпочинку та по санаторіях системи соцстраху УСРР доводить така таблиця:

	1928 р.	1929 р.	В %% до 1928 р.	1930 р.	В %% до 1929 р.	1931 р.	В %% до 1930 р.
1) Кількість ліжок у власних буд. відпочинку	16559	18850	113,0	23223	123,2	24655	106,2
2) У власних санаторіях . . .	505	525	105,0	525	100,0	1250	238,1

Курорти України

1932 р. існують такі курорти: 1) Одеса, 2) Гопри, 3) Скадовське, 4) Кирилівка, 5) Бердянське, 6) Слов'янське, 7) Миргород, 8) Гадяч, 9) Соснівка, 10) Київ, 11) Чернигів, 12) Шепетівка, 13) Березівка (біля Харкова).

Кількість курортів і санаторій:

	1914 р.	1931 р.
Кількість курортів . . .	7	13
„ санаторій . .	10	67
Пройшло хворих . . .	15.000	129.107

Пропущено санаторних хворих:

1914 р.	1923 р.	1929 р.	1932 р.
4000	5134	21.315	85.000

Амбуляторно-курсова допомога:

	1914 р.	1923 р.	1929 р.	1932 р.
Кількість амбуляторн. хворих	—	10.068	21.022	75.000
Кількість відвідувальних поліклінік	—	8,682	53.284	942.157

Відсоток робітників на курортах УСРР теж невпинно зростав: 1914 р. робітники курортами не користувалися, 1923 р. робітники становили 47,8%, а 1932 р.—61,6%.

Загальна кількість санаторно-курортних хворих і відпочивальників становила по УСРР 1931 р. таке:

На курортах—129.107, по санаторіях місцевого значення — 31.700, у будинках відпочинку—183.700, туристів—200.000, а разом 544.507 чол.

Соціяльний склад санаторних хворих (у %% до загальної кількости санхворих) відображає така таблиця:

	1928 р.	1929 р.	1930 р.	1931 р.
1) Робітники	38,9	35,6	40,6	54,8
2) Члени родин робітників	0,5	10,8	8,4	2,7
3) Селяни	9,0	12,7	9,5	12.1
4) Члени родин селян . . .	—	—	1,2	0,3
5) Службовців	36,0	32.0	25,0	25,1
6) Члени родин службовців	—	—	6,3	2,6
7) Інші трудящі	5,5	8,3	8,2	2,6

Соціяльний склад амбуляторних хворих

(У %% до загальної кількости хворих)

	1928 р.	1929 р.	1930 р.	1931 р.
1) Робітники	8,9	6,3	9,2	18,8
2) Члени родин робітників	37,2	33,9	13.5	12,6
3) Селяни	11,0	14,0	13,2	20,9
4) Члени родин селян . .	—	—	1.9	1.5
5) Службовці	37,0	29,0	29,9	23,8
6) Інші трудящі	5,6	17,7	16,2	7,6

„Раднаркоми союзних республік повинні розробити конкретні заходи, що забезпечують поліпшення роботи НКОЗ відповідно до директив партії та розгорнути медичносанітарне будівництво відповідно до потреб реконструктивного періоду, зростання людности країни та колгоспного, радгоспного будівництва. Треба рішуче усунути випадковість і кустарництво в цій роботі, здійснити пляновість, розробивши 5-літній і відповідно річний плян, забезпечивши їх потрібними фінансовими й матеріяльними коштами“.
(Із постанови ЦК ВКП(б) про медичне обслуговування з 18 грудня 1929 р.).

Асигнування на охорону здоров'я

(в міл. карб. з усіх джерел фінансування)

	1912 р.	1923-24 р.	1928 р.	1932 р.
Разом	28,6	33,5	109,3	393,0
В тому числі:				
а) місц. бюджет	21,9 [1])	10,9	38,5	108,9
б) фонд меддопом.	—	14,7	50,5	102,4
в) держбюджет	1,5 [2])	3,2	8,9	16,8
Витрата на 1 душу населення (карб.)	0,74	1,22	3,02	12,24

[1]) Бюджет міст, земств повітових і губерніяльних.
[2]) Державні витрати.

Наводимо далі цифровий матеріял, що характеризує медично-санітарне обслуговування промислового Донбасу до революції й тепер:

Мережа санепідустанов та установ санкультури в промисловому Донбасі:

Установи	1912 р.	1928 р.	1933 р. (за пляном)
1) Санстанції	—	—	17
2) Санбакляборатор. . . .	—	10	41
3) Пастер. станції та пункти	—	8	17
4) Малярстанції та пункти	—	6	6
5) Дезстанції та пункти . .	—	12	49
6) Буд. санкультури . . .	—	2	17
7) Сангігконсультації . . .	—	2	3
8) Санкульбази	—	12	22
9) Театри санкультури . .	—	—	2

Лікувально-профілактична мережа й спеціяльні види меддопомоги у промисл. Донбасі.

Установи	1912 р.	1922 р.	1928 р.	1932 р. (плян)
1) Пункти перш. допомоги	—	87	73	509
Із них підземні	—	—	4	120
2) Медсанцехи	—	—	—	14
3) Поліклініки	—	4	28	63
4) Амбуляторії	120	—	136	154
5) Лікарняні ліжка	2146	—	3558	10302
6) Тубдиспансери	—	3	19	32
7) Вендиспансери	—	—	19	32
8) Дієтдиспансери	—	—	—	16
9) Наркодиспансери . . .	—	—	—	6
10) Зубкабінети	—	—	101	224
11) Зуб. технічн. лябор. . .	—	—	15	33
12) Рентгенкабінети	—	6	18	32
13) Фізіо-терап. кабінети .	—	2	8	27

Мережа охматдиту та оздоровдиту в промисловому Донбасі.

Установи	1912 р.	1922 р.	1928 р.	1932 р. (плян)
1) Консультації	—	12	41	122
2) Молочні кухні	—	3	31	98
3) Ліжка в постійн. яслах .	—	—	1913	13008
4) Дитячі поліклініки та проф. амбул.	—	—	2	17

Кількість лікарів у Донбасі ввесь час швидко зростає: 1912 р.—144 лікарі, 1922 р.—738, 1928 р.—1402, а на 1 квітня 1932 р. Донбас має 1996 лікарів.

Нарешті, подаємо відомості **про асигнування на обслуговування робітників у Донбасі** (в 1000 карб.):

1912 р.	1927-28 р.	1932 р. (плян)
1356,5	10520,7	46016,6

„У країнах капіталу — катастрофічно падає виробництво, масами згортаються та спиняються фабрики і заводи, нечувано руйнуються виробничі сили. У СРСР маємо величезне та неухильне зростання виробництва, дедалі більше розгортається будівництво фабрик, велетенських заводів, нових шахт і електростанцій, недосяжний для капіталізму темп зростання виробничих сил.

Конференція вважає, що за основну політичну задачу 2-ої п'ятилітки є остаточно ліквідувати капіталістичні елементи та кляси взагалі, повнотою знищити причини, що породжують клясові відміни та експлуатації, та подолати пережитки капіталізму в економіці й свідомості людей, перетворити все трудаще населення країни на свідомих та активних будівників безклясового соціялістичного суспільства.

На основі ліквідації паразитичних клясових елементів і загального зростання народнього прибутку, що повнотою поступає в розпорядження трудящих, мусимо дійти значно швидчого піднесення добробуту робітничих і селянських мас і за цього рішучого поліпшення всієї житлової та комунальної справи в СРСР. Конференція вважає, що забезпечення людности основними споживчими товарами, в тому числі речами харчування, мусить на кінець 2-ої п'ятилітки збільшитися не менше, як в 2-3 рази проти кінця 1-ої п'ятилітки" (із резолюц. XVII партійної конференції).

II. Офіційна частина

ОРГАНІЗАЦІЙНО-АДМІНІСТРАТИВНА ЧАСТИНА. ФИНАНСИ

198. Про заходи поширення шефства промпідприємств над установами охорони здоров'я

До всіх облздоровввідділів, обласних комітетів спілки МСТруд

Копії: до НКОЗ АМСРР, НАЧ. МСУ нових будівництв та їхніх комітетів спілки МСТруд

Відомості, що має Наркомздоров'я в питанні шефства промпідприємств над установами охорони здоров'я, свідчать про явну недостатність і самого розвитку шефства й заходів, що з ним пов'язуються.

Хоча й зрушилася трохи ця справа в розумінні того, що ряд кращих установ і медсанзакладів мають за шефів робітничі колективи (натепер обраховано 47 шефів — підприємств над медсанустановами в 31 районі), проте задовольнитися цим неможна. Річ у тім, що навіть там, де шефство взяли, йому не надали тої виняткової політичної ваги, яку падають постанови вищих органів партії та профспілок.

Справу шефства треба неодмінно розглядати, як справжнє запровадження в життя керівництва робітничої кляси державним апаратом, скерування його роботи напрямком здійснення генеральної лінії партії, соціялістичної реконструкції всього народнього господарства.

Треба, зміцнюючи вже взяте шефство та заводячи нове, насамперед провести таке:

1) зв'язок шефів із підшефною одиницею мусить бути постійний і систематичний. Шефам-робітникам треба забезпечити всі абсолютно можливості, щоб обізнатися з виробничим життям медсанустанови або закладу, його матеріяльно фінансовою лінією господарчим станом, кошторисом, якістю роботи, дисципліною, як виконується виробничо-господарчий плян поточного року (півріччя, квартал) та інш.,

2) через те, що деякі промислові підприємства інколи не проявляють достатньої активности в виконанні своїх шефських зобов'язань, треба нашим медсанустановам, себто, підшефним, виявити власну ініціятиву, наближуючись до шефів, подаючи їм звіти, пляни, кошториси, запропоновуючи брати участь в обслідуваннях, перевірках, контролюванні роботи, розгляді робітничих пропозицій, раціоналізації виробничих процесів та інш., та інш.,

*) Розіслано місцям 29 жовтня 1932 р. — Ред.

3) уникаючи шкідливого знеособлення, треба відразу ж подбати за те, щоб і шефів і в самій підшефній медодиниці був певний орган, певні особи (шефкомісія, шефбюро), що безпосередньо і повсякденно відали б шефську справу, всі пов'язані з нею моменти (подання матеріялів, виготовлення висновків, скликання зборів, організація і контроль виконання робітничих пропозицій) та інш.,

4) шефкомісії (в підшефних медодиницях) повинні домагатися, щоби на перший плян висувалося виконання директив партії та уряду щодо переважного диференційованого обслуговування робітників (особливо провідних фахів і виробництв) і колгоспників, ударників, військовослужбовців, спеціялістів та інш.,

5) особливу увагу треба віддати справі здійснення в медсанустановах вказівок т. Сталіна, забезпечуючи шефові дійсний і постійний нагляд за втіленням цих вказівок,

6) особливу увагу надати облікові шефської роботи, визначати у звітах фактичні (підтверджені цифрами) досягнення та зрушення, що є наслідком здорового пролетарського впливу від участи та діяльности робітничих шефів у виробничому житті установи, як покращала (чи погіршала, якщо шеф байдужий) робота в установі, як було раніше, як сталося тепер.

І досі доводиться багато терпіти від браку обліку роботи, через що НКОЗ позбавлений змоги ставити питання у відповідних інстанціях, бо не обізнаний він, як стоїть справа, Наркомздоров'я чекає на справжнє пожвавлення цієї роботи в містах і районах.

Візьміть за правило, щоб не було жодного обслідування, в якому б не віддали помітне місце виявi шефської роботи в районі (місті), інструктуванню місцевих робітників, обов'язковому відвідуванню шефів та опрацюванню ними шефських заходів.

Одночасно треба забезпечити по установах потрібні умови роботи соц. заступників, яких виділяють шефи на заступання певних переважно відповідальних посад в установі (див. лист НКОЗ в справі пожвавлення роботи груп сприяння РСІ).

Місцева КК РСІ повинна дістати від наших установ заяви на заміщення соцзаступниками посад із певно визначеними функціями, конкретними обов'язками.

Місцевим організаціям спілки медсантруд у справі насадження та розгортання шефства звичайно належить першорядна роля. Саме профорганізації повинні дбати про те, щоб шефство втілилося в життя наших установ, щоб про шефство добре знала маса медробітників й брала в ньому постійну участь. Шефська робота вимагає найбільшої масовости та тільки за таких умов їй забезпечений успіх, належне розгортання, отже й ефективність.

На перший звіт про стан шефства НКОЗ чекає не пізніше як 20 грудня ц. р.

Народній Комісар охорони здоров'я УСРР **Канторович**

Голова ВУК'у спілка Медсантруд **Грязєв**

(Об. лист НКОЗ і ВУК МСТ № 4002-442 з 28 жовтня 1932 р.).

199. Про посилення зв'язку з групами сприяння РСІ. Про соцзаступників по установах охорони здоров'я

До всіх завідателів облздоровввідділів, нач. МСУ новобудів. Копія до НКОЗ АМСРР

Відомості, які має Наркомздоров'я про стан шефства промислових підприємств над медично-санітарними установами, доводять, що поряд загалом недостатнього розвинення цієї справи, шефство на місцях навіть там, де промислові підприємства взяли шефство над медустановами,— має істотні недоліки.

За головну хибу править те, що в шефській роботі в багатьох місцях не відбивають настановлень директивних органів щодо посилення робітничого впливу на радапарат у розумінні його спрощення, раціоналізації та усунення випадків тяганини та бюрократизму.

Особливу вагу щодо виправлення хиб апарату треба надати інститутові соціялістичних заступників із складу робітників шефів, або робітників інших промислових підприємств, що є в містах і районах області.

Ініціятиву в цій справі повинні проявити самі керівники установ за неодмінної участи решти членів трикутника та активу установи. Треба зв'язатися з місцевими КК РСІ в справі заміщення соцзаступниками ріжних посад по медсанзакладах і установах.

Складаючи ці заявки, трикутники установ охорони здоров'я (де немає власного партійного або професійного осередку, треба обов'язково притягнути комсомольський і професійний актив), повинні заздалегідь урахувати заміщення соцзаступниками таких посад, що за них обов'язки є цілком конкретні та визначені самою суттю роботи, плянами її запровадження та розпорядком, що є та повинен бути в установі.

Цілком зрозуміло, що соцзаступникам, які віддаватимуть радянській роботі значну частину свого вільного від основної роботи часу, треба забезпечити найсприятливіші умови роботи, подаючи заступникам на їхню першу вимогу потрібні цифри, матеріяли, звіти положення, листування тощо. Побажання та пропозиції, що висувають соцзаступники, треба негайно обмірковувати та реалізовувати все корисне для установи та її діяльности.

Важливу вагу має також прикріплення до окремих лікустанов депутатів міських рад. Отже вам треба подбати за те, щоби таких депутатів переважно членів секцій охорони здоров'я було прикріплено до медсанзакладів, через що посилиться зв'язок наших лікустанов з громадськістю.

Поряд наведеного питання стоїть цілком споріднена справа пожвавлення груп сприяння РСІ та організація таких там, де їх досі немає.

Перевірку виконання найважливіших постанов партії та уряду в галузі здоровоохорони органи КК РСІ завжди провадять притягуючи до роботи групи сприяння РСІ, що вже є по багатьох медустановах. Опираючись на ці групи, органи КК РСІ нерідко цілком доручають їм провадить перевірку виконання та втілення того або того директивного настановлення партії або уряду. І в такому разі групи сприяння відіграють ще більшу, ще відповідальнішу політичну ролю посібника партії та уряду в запровадженні найважливіших заходів.

Погоджуючи справу з активом (через профосередок) керівники установ охорони здоров'я повинні подбати за найскорішу організацію досить численної групи сприяння КК РСІ та користатись з її допомоги не тільки тоді, коли РСІ дає певне доручення, але також з власної ініціятиви та порядком перевірки виконання власного пляну роботи. Групи сприяння стануть у великій пригоді в таких випадках, посилюючи контроль виконання та стимулюючи здійснення плянових передбачень.

В справі втягнення широкого активу до роботи в комісію сприяння РСІ та соцзаступниками, міським і районним здоровінспекторам треба проявити велику ініціятиву, домагаючись, щоб прикріплені товариші справді зустрічали добре та сприятливе ставлення до їхнього бажання працювати та прикладати свої сили на поліпшення й розвиток медсансправи.

Оточивши цих прикріплених активістів добрим товариським ставленням, інспектури набудуть собі великих і доброзичливих помічників у запровадженні масових оздоровних заходів та виконанні плянових завдань.

Наркомздоров'я пропонує про наведені тут вказівки негайно же сповістити всю вашу периферію, вимагаючи впровадження цього в життя. Підчас своїх виїздів робітники НКОЗ та облздороввідділів мають ретельно перевіряти, як здійснюється ця директива.

Перший звіт про наслідки цього розпорядження надішліть до НКОЗ не пізніше 15 грудня цього року.

Народній комісар охорони здоров'я УСРР **Канторович**

Керівник організ.—контрольн. управління **Єфімов**

(Об. розп. НКОЗ з 21 листопада 1932 р. № 4020).

Погоджено з НКОЗ:
Заст. Наркомздоров'я *Кустелян.*

200. Як застосовувати постанову РНК УСРР з 2 червня 1932 р. „про плянування оздоровних заходів і нагляд за здійсненням їх".

(Інструкція Держпляну УСРР з 14 листопада 1932 р.)

Підстава: арт. 13 постанови РНК УСРР з 2-IV 1932 р.—Зб. узаконень УСРР 1932 р. № 13, арт. 103.

1. Постановами РНК Союзу РСР, ВУЦВК'у і РНК УСРР, що на їх розвиток видано 2 червня 1932 року постанову РНК УСРР — „Про плянування оздоровних заходів та нагляд за здійсненням їх" (див. арт. 14 цієї постанови), на різні, в тих постановах визначені, відомства під-

приємства, установи та організації покладено обов'язок здійснювати наведені там же заходи охорони здоров'я. Проте, ці заходи, що їх відомства, підприємства, установи та організації запроваджують незалежно один від одного, вимагають упорядкування організаційних форм та ув'язку в певну плянову систему так, щоб перед головними пляновими органами УСРР були не розпорошені вчинки окремих відомств, а єдиний компетентно-синтезований плян. Для цього треба:

а) щоб усі відомства, підприємства, установи та організації, підлеглі чинності постанови РНК УСРР з 2-го червня 1932 р. „Про плянування оздоровних заходів та нагляд за здійсненням їх", складаючи свої пляни та бюджети, виділяли з них окремий, додатковий розділ під назвою „Оздоровні заходи";

б) щоб єдиний центр координував всі передбачені в законах оздоровні заходи, усовуючи рівнобіжність і паралелізм у роботі, та наглядав за здійсненням цих заходів.

Таким центром є Народній Комісаріят охорони здоров'я УСРР та його місцеві органи.

2. Усі відомства, підприємства, установи та організації, підлеглі чинності постанови РНК УСРР з 2-го червня 1932 р. „Про плянування оздоровних заходів та нагляд за здійсненням їх", повинні проекти своїх плянів щодо оздоровних заходів подати на погодження до НКОЗ та його місцевих органів в такі строки:

а) проєкти плянів, що їх належить погоджувати з місцевими органами, НКОЗ—за 2 тижні до подання їх на розгляд районних або обласних плянових комісій УСРР;

в) проєкти плянів, що їх належить погоджувати з НКОЗ—за місяць до подання на розгляд Державної Плянової Комісії УСРР'

3. НКОЗ та його органи, розглядаючи подані проєкти плянів, складають на них висновки щодо суті проєктованих заходів, а саме: якою мірою відповідають вони вимогам оздоровлення праці та побуту трудящих даного підприємства, району або міста, як пов'язано ці заходи із загальним пляном оздоровних заходів по УСРР та з пляном розвитку такого підприємства, району, міста, і як їх забезпечено в матеріяльному та фінансовому розумінні.

Зазначені висновки НКОЗ та його органи за належністю складають і подають до відповідних підприємств, установ та організацій в такі терміни зі дня одержання проєкту плянів: протягом одної декади, якою проєкт розглядає районний, або обласний пляновий орган, і протягом двох декад, якщо проєкт подається на розгляд Державної плянової комісії.

У разі неподання від НКОЗ або його органів в наведені в цьому артикулі терміни зазначених висновків, плянові органи УСРР розглядають проєкти плянів оздоровних заходів без цих висновків.

4. Проєкти плянів оздоровних заходів, що істотно впливають на стан здоров'я, працездатність трудящої людности, як житлова справа, водопостачання, каналізація, лазнево-пральна справа, зелені насадження, меліоративні заходи, заселення і переселення, громадське харчування тощо незалежно від відомства підприємства, установи, або організації, яка їх запроваджує, подається до відповідних плянових органів, після погодження з НКОЗ, або його органами, за належністю, обов'язково з їхнім висновком.

Пляни, які подано без зазначеного висновку, плянові органи УСРР повертають не розглянувши.

5. Усі відомства, підприємства, установи та організації, підлеглі чинності постанови РНК УСРР з 2-го червня 1932 р. „Про плянування оздоровних заходів та нагляд за здійсненням їх", повинні з провідного свого складу визначити осіб (директора або іншого члена адміністрації або ж правління), що за відповідним уповноваженням погоджували б з органами НКОЗ проєкти плянів оздоровних заходів та персонально відповідали б за плянове здійснення їх.

Про визначення осіб повідомляється НКОЗ та його органи за належністю.

6. Зазначені в арт. 5 цієї інструкції особи повинні для попереднього опрацювання проєктів оздоровних заходів на окремих підприємствах, установах та організаціях притягати такі установо НКОЗ:

а) медсанцех, а де його не організовано, то медсанпункт.

УВАГА: До того часу, поки по колгоспах та радгоспах не існуватимуть відповідні медсанпункти, до опрацювання проєктів оздоровних заходів притягаються дільниці, поліклініки та амбуляторії в межах своєї ділянки.

б) Санстанція, промсанстанція, санаційно-курортова станція, якщо вони не належать до складу єдиного диспансеру в галузі, що стосується їхньої компетенції-

в) єдиний диспансер.

7. Місцевими органами НКОЗ, що на них покладається, порозумівшись з відповідними особами, зазначеними в арт. 5 цієї інструкції, складати висновки на пляни оздоровних заходів підприємств, установ та організацій (див. арт. 3 цієї інструкції), є такі:

а) районна або міська, за належністю, здоровінспектура, медсануправа водотранспорту, медсануправа но их будівництв;

б) обласний відділ охорони здоров'я.

8. На підставі плянів оздоровних окремих підприємств, установ і організацій, після порозуміння з відповідними органами, районна або міська за належністю здоровінспектура складає зведений плян усіх оздоровних заходів для окремого айону чи міста і подає його на затвердження до відповідних райвиконкомів або міськрад, за належністю та на погодження до облздороввідділу.

Обласний відділ охорони здоров'я та за відповідним уповноваженням, особи, зазначені в арт. 5 цієї інструкції, можуть в загальному порядкові оскаржувати до обласного виконкому постанови райвиконкому щодо затвердження пляну оздоровних заходів.

9. На підставі зведених плянів окремих районів і міст (див. арт. 8) обласний відділ охорони здоров'я після порозуміння з обласними пляновими органами, складає зведений плян всіх оздоровних заходів для всієї области й подає його на затвердження обласного виконкому та на погодження до НКОЗ.

НКОЗ та, за відповідним уповноваженням, зазначені в арт. 5 цієї інструкції, можуть загальним порядком оскаржувати до РНК УСРР постанови обласного виконкому щодо затвердження зведеного пляну оздоровних заходів.

10. На підставі зведених плянів окремих областей НКОЗ складає єдиний зведений плян оздоровних заходів для УСРР в цілому й після порозуміння з Держпляновою Комісією УСРР подає його на затвердження РНК УСРР.

11. Народній Комісаріят охорони здоров'я УСРР, забезпечуючи організацію єдиного пляну зверху до низу, надсилає відомствам, підприємствам, установам і організаціям, зазначеним в арт. 5 цієї інструкції, та органам і установам, зазначеним в арт. 6 і 7 цієї інструкції, попередні директиви й вказівки в галузі плянування оздоровних заходів, орієнтовні ліміти й показники, що на їхній підставі складаються проєкти оздоровних плянів згідно з порядком, установленим в арт. 8-10 цієї інструкції. Незалежно від наведеного порядку Народній Комісаріят охорони здоров'я УСРР має право складати з власної ініціятиви, на базі директив і лімітів УДПК, пляни всіх оздоровних заходів і для окремих місцевостей УСРР, і для УСРР в цілому та подавати ті пляни через Держплянову Комісію УСРР на затвердження РНК УСРР.

12. Нагляд за правильним, згідно з затвердженими плянами, здійсненням усіх оздоровних заходів на теріторії УСРР належить НКОЗ та його зазначеним в арт. арт. 6 та 7 цієї інструкції, органам і установам.

Усі відомства, підприємства, установи й організації, підлеглі чинності постанови РНК УСРР з 2 червня 1932 року „Про плянування оздоровних заходів та нагляд за здійсненням їх" повинні подавати до НКОЗ. його органів і установ (див. арт. 6 та 7 цієї інструкції) в порядкові й в строки, визначувані НКОЗ, відомості про виконання затверджених плянів оздоровних заходів і про витрачання коштів, асигнованих на них.

13. Органи та установи НКОЗ, маючи на меті встановити потрібний зв'язок із радянською суспільністю по всіх лініях єдиного плянування оздоровних заходів, повинні, наглядаючи за здійсненням цих передбачених плянами заходів, залучати для відповідної роботи в цій галузі широкі кола робітників і колгоспників через осередки товариства оздоровлення праці й побуту, санкомісії здоровоосередки, КОПІП'и, сануповноважених, комісії в справах охорони праці й т. інш., а про наслідок роботи періодично доповідати встановленим порядком за належністю виконавчим комітетам, міським радам, а також і на конференціях робітників і колгоспних зборах.

14. Позаплянові, надзвичайні та районові заходи в галузі охорони здоров'я відповідні підприємства, установи та організації здійснюють, порозумівшись з відповідними органами охорони здоров'я, згідно з їхніми вказівками й під їхнім доглядом, забезпечуючи потрібні на це кошти в розмірі, погодженому з НКОЗ або його органами, за належністю.

15. НКОЗ забезпечує плянові органи УСРР, а також і підприємства, установи та організації, що зобов'язані здійснювати оздоровні заходи, належною науково-практичною консультацією в питаннях охорони здоров'я на підставі окремих договорів, що зазначені підприємства, установи та організації складають з відповідними науково-дослідчими інститутами НКОЗ.

Затвердила: Заст. голови Держпляну УСРР **Пілацька**.

201. Про безперебійне фінансування справи охорони здоров'я.

До всіх облфінвідділів. Копія—до всіх облздоровввідділів, районних і міських здоровінспектур. *)

Звітні матеріяли про виконання асигнувань за місцевого бюджету за півроку доводять, що на справу охорони здоров'я звернуто дуже мало уваги в розумінні першочерговости задоволення її потреб.

Відпущені кредити на справу охорони здоров'я не використовуються повнотою, тимчасом лікустанови перебувають у дуже скрутному стані: ремонт помешкань конче потрібний, недосить інструментарія, білизни, м'якого та твердого інвентаря. Ураховуючи з одного боку незадовільний стан медустанов, а з другого те, що, затверджуючи контрольні числа місцевого бюджету 1932 року, на справу охорони здоров'я встановили обмежені ліміти, треба вжити рішучих заходів, щоб повнотою використати кредити на справу охорони здоров'я.

Отже треба дати місцям відповідні вказівки, щоб фінансування справи охорони здоров'я провадилося б першою чергою, зокрема фінансування на зарплату, протиепідемічні заходи, харчування, заготівлю палива та харчування, на ремонт і будівництва.

У разі не використають кредитів на будівництво за прямим призначенням, можна дозволити місцям ці кредити використати на інші потреби охорони здоров'я, насамперед на ремонт та устаткування.

Наркомфінансів — **А. Рекіс.**

Наркомздоров'я — **С. Канторович**

(Спільн. об. розп. НКФ і НКОЗ з 25 жовтня 1932 р. № 52367).

*) Розіслано місцям 26 жовтня 1932 р.—Ред.

202. Цілком виконати фінансовий плян 1932 року.

До всіх облздороввідділів, МСУ нових будівництв.

Копія — до НКОЗ АМСРР і Медсансектору Уповнаркомшляхів.

У зв'язку з наближенням кінця 1932 року НКОЗ пропонує вжити всіх заходів, щоби виточнити розрахунки із всіма організаціями, що фінансують справу охорони здоров'я в області, місті або районі. НКОЗ нагадує, що насамперед треба встановити точно, які саме суми окремі організації повинні передати органам охорони здоров'я, - і асиґновані за основними кошторисами, і додатково асиґновані протягом року. Далі слід встановити, які суми вже фактично одержано й яку саме суму ще винні відповідні організації, яка заборгованість лінією фінансування органів охорони здоров'я.

У разі окремі організації відмовлять сплатити належні від них гроші, або затримують передачу цих грошей—органи охорони здоров'я повинні зараз же звернутися до місцевої прокуратури та РСІ. Якщо гроші не сплачуватимуть міські або районні страхкаси — слід про це повідомляти також облздороввідділи. Якщо належні суми не передаватимуть виплатні пункти заводів,—про це треба повідомляти НКОЗ, додаючи кожного разу довідку виплатного пункту про несплачену суму та пояснення, чому саме не сплачують грошей. Такого самого порядку слід додержуватись в разі неодержання грошей від промстрахкас (промстрахкаси до 31 грудня ц. р. повинні передати міським та районним інспектурам охорони здоров'я суми—82% запляованого річного асиґнування).

В разі, місцеві фінвідділи позбавлять райздоровінспектора змоги безперебійно реалізувати кошториси з місцевого бюджету, - відповідні доповіді в цьому питанні треба подавати до президії міськради або РВК та повідомляти про такі випадки облздороввідділи.

Звертаючи ще раз увагу всіх органів охорони здоров'я на абсолютну потребу 100% виконання фінансового пляну 1932 року, вимагаю категорично якнайсерйозніше поставитися до виконання цього мого розпорядження та реалізувати його ударним порядком.

Народній Комісар охорони здоров'я—**Канторовіч.**

(Об. розп. НКОЗ з 22 листопада 1932 р. № 5018).

203. Про розмір асиґнувань на медичну допомогу робітникам промкооперації на 4-й квартал.

До всіх міжрайонних промстрахкас. Копії: До НКО АМСРР та всіх облздороввідділів.

Протягом поточного року Вукопромсоюзкас і Наркомздоров'я вставили такі відсотки від визначеного для кожного району та міста річного ліміту асиґнувань на медичне обслуговування робітників промкооперації:

на 1-й квартал	20%
„ 2-й „	26%
„ 3-й „	18%
Разом на три квартали . . .	64%

Вукопромсоюзкас і Наркомздоров'я пропонують Вам виділити у розпорядження міських та районних інспектур охорони здоров'я на медичне обслуговування робітників промкооперації на 4-й квартал 1932 р., 18% визначеного для кожного району та міста річного ліміту асиґнувань.

Облздороввідділи повинні негайно дати відповідні директиви районним та міським інспектурам охорони здоров'я за змістом цього листа.

Заст. керівника фінансового сектору НКОЗ — **Санжур.**

Зав. мед.-проф. соц.-побут. сектору Вукопромсоюзкас — **Ендельштейн.**

204. Про інформування місць радіом

До всіх облздороввідділів, районних і міських здоровінспектур, сектора водного транспорта і МСУ нових будівництв

Копії: НКОЗ АМСРР та Медсансектора УпНКШляхів

Згідно з генеральною угодою НКОЗ з Радіоцентром, починаючи з 9 листопада ц. р. НКОЗ буде регулярно пересилати радіом найважливіші директиви, розпорядження та інформації в питаннях охорони здоров'я.

Пересилання провадитиметься вдень між 12 і 1 годиною дня й триватиме кожного разу 5—10 найбільше 15 хвилин. До 1 листопаду матеріял НКОЗ передаватиме станція РВ—20 на хвилі 368 мтр. а після 1 листопада — станція РВ 4 на хвилі 938 мтр. Пересилатимемо кожного місяця 9, 19 і 29. Про зміни повідомимо.

Через те, що радіоприймання на місцях організовано незадовільно (навіть по РВК'ах), подекуди не налагодили своєчасного передавання райздоровінспекторам одержуваних радіо-повідомлень і навіть телеграм (так принаймні спостерігалося під час передач повідомлень радіо-зв'язком при РНК), НКОЗ доручає рай та міськздоровінспектурам таке:

1) Подбати за те, щоб вищезазначений час слухач РВК'у, або представник рай (міськ.) здоровінспектури був біля приймача та приймав повідомлення від Наркомату.

Удаючись до застосування радіо-зв'язку з місцями, НКОЗ відзначає, що успіх радіо-пересилань значною мірою залежатиме від уваги, з якою поставляться до цієї справи РЗІ та МЗІ, а також їхньої активности щодо налагодження місцевих засобів зв'язку (приймання та знижування потрібних повідомлень та інформацій до виконавців).

Після перших же радіо-повідомлень подайте відомості до НКОЗ (орг.-контрольному управлінню) — як чути пересилання, чи виразно передає Харківська радіо-станція, як налагодили ви інформування медперсоналу, скільки пересилань та про що ви одержали.

На перші повідомлення НКОЗ чекає не пізніше 20 листопада 1932 року.

Керівник орг.-контр. управління **Єфімов**

Ст. орг. інспектор **Залкінд**

(Об. лист НКОЗ № 4106/3 з 28 жовтня 1932 року).

205. Про заборону відбирати приміщення медсанзакладів

До всіх прокуратур

РНК УСРР, розглядаючи 17 жовтня 1932 р. питання про епідемічний стан республіки поруч ряду інших заходів ухвалив: припинити негайно випадки відбирання для всяких інших потреб приміщень медсанзакладів, повернувши в безпосереднє користування органів охорони здоров'я ті приміщення, що колись перебували в їхньому віданні, а тепер їх використовується не за прямим призначенням.

На виконання цієї постанови РНК УСРР НКЮ пропонує:

1. Не припускати відбирання помешкань медсанустанов, переселення їх у гірші приміщення і забирання для яких би то не було інших потреб приміщень медсанустанов. Винних у зламанні цієї постанови Уряду притягати до кримінальної відповідальности за 97 і 98 арт. КК, залежно від обставин справи. Ці справи провадити максимальними темпами.
2. На всі клопотання місцевих органів охорони здоров'я про повернення відібраних приміщень, негайно реагувати, допомагаючи всіляко задовольняти клопотання.
3. Стежити за своєчасним розв'язанням справ, що стосуються приміщень медсанустанов, зокрема виселення адміністративним порядком сторонніх осіб із цих приміщень.
4. Про всі спори, що виникатимуть, доводити до відому облпрокурора, а в разі характерности випадку, повідомляти також прокуратуру Республіки.

Заст. НКЮ та ГПР **Приходько**

Тво заворгінстру **Гарін**

(Об. розп. НКЮ УСРР з 21 жовтня 1932 р. № 69/345).

КАДРИ

206. Виправте помилки, що трапилися під час друкування ставок зарплати середньому медперсоналу*)

(*Лист-Наркомпраці УСРР*)

До НКПраці АМСРР та всіх облвідділів праці. Копія: НКОЗ УСРР

Повідомляється, що в надрукованій постанові НКПраці УСРР з 17 липня 1932 р. № 50, оголошеній у „Вістях НКП УСРР" за 1932 р. № 16, припущено таку помилку щодо ставок зарплати для фельдшерів і медтехників психолікарень (п. 15 арт. 1 постанови), а саме: за II поясом ставки зарплати цим робітникам визначено в 85, 95 та 100 крб., а треба, — 85, 95 та 110 крб.

Член колегії НКП УСРР—керівник сект. зарпл.
і технормування **Самохвалов**

*) Див. н/бюлетень № 18-19 ц. р. — Ред.

207. Обов'язково впорядкувати справу сполучення посад

До всіх облздоровві́дділів. До НКОЗ АМСРР

За постановою ЦК Медсантруд, роботу медперсоналу, зокрема лікарів, що працюють за сполученням, треба зорганізувати в такий спосіб, щоб сполучення припускались в першу чергу в тій ж самій установі, де особа, що сполучає, працює на основній посаді.

Вважаючи, що впорядкування справи сполучень лікарів має вирішальне значення для правильної організації праці лікарів — НКОЗ категорично пропонує вам переглянути та впорядкувати питання сполучення лікарів у вищезгаданий спосіб та про наслідки сповістити НКОЗ.

Заст. Народнього Комісара Охорони Здоров'я **Кустолян**

(Об. лист НКОЗ з 26 листопада 1932 р.).

208. Про деякі зміни розмірів стипендій для слухачів інститутів удосконалення лікарів

До всіх інститутів удосконалення лікарів. Копія — до всіх облздоровві́дділів, МСУ нових будівництв, Медсансектору Уповнаркомшляхів та НКОЗ АМСРР

Маючи на меті поліпшити матеріяльно-побутові умови курсантів інститутів удосконалення лікарів, НКОЗ з 1 листопада 1932 р. встановлює такі розміри стипендій для курсантів:

На курсах підвищення кваліфікації — пересічно 110 крб. (100 — 120), на курсах підготови — пересічно 130 (120 — 140) крб.

Директорові кожного інституту удосконалення лікарів надається право в межах стипендіяльного фонду диференціювати стипендію в зазначених лімітах на наявну кількість курсантів, залежно від їхньої академічної успішности, порозумівшись з учбовою частиною та громадськими організаціями інституту.

Директорові інституту в межах стипендіяльного фонду на наявну кількість курсантів надається право обертати певний відсоток фонду на поліпшення побутових умов курсантів (харчування тощо).

За призначення стипендії та взагалі за витрати стипендіяльного фонду відповідає персонально директор інституту.

Керівник управління кадрів **Меньовіч**

Керівник групи підвищення кваліфікації та перекваліфікації лікарів **Бродер**

(Об. розп. НКОЗ з 25 листопада 1932 року).

209. Про зарахування попереднього стажу санітаркам або сидухам

НКОЗ роз'яснює, що при тарифікації медичних сестер, які раніш працювали на посаді санітарок або сидух, цей стаж роботи на посаді молодшого медперсоналу зараховується з розрахунку 3 роки стажу молодшого персоналу за один рік роботи середнього медперсоналу.

Нач. Управл. кадрів НКОЗ **Меньовіч**

(Лист НКОЗ з 28 листопада 1932 р.)

РАЦІОНАЛІЗАЦІЯ, СТАНДАРТИЗАЦІЯ, ВИНАХІДНИЦТВО

210. Про типізацію й стандартизацію лінією охорони здоров'я

До всіх директорів науково-дослідчих інститутів, до ВАУ, Укркурупр'у. Директорові виробничого управління. Директорам виробничих одиниць системи НКОЗ. До всіх облздоровві́дділів.

Рада народніх комісарів Союзу своєю постановою з 15 червня 1932 року визнала, що робота в галузі стандартизації в період соціялістичної реконструкції набуває величезної ваги в справі прискорення темпів соціялістичного будівництва, розгортання нових виробництв та опанування нової техніки.

Щоби посилити недостатню досі роботу в галузі стандартизації, Рада народніх комісарів визнала за потрібне організувати при наркомах відомчі комітети стандартизації.

За пропозицією НК РСІ і Українського комітету стандартизації про Народньому комісаріяті охорони здоров'я організовано комітет стандартизації.

Досвід роботи в справі стандартизації лінією охорони здоров'я довів, що стандартизація дає чималу економію державних коштів, дефіцитних матеріялів та поліпшує якість медообслугову-

вання. Організація комітету стандартизації НКОЗ мусить ще більше мобілізувати наукову думку наукових робітників інститутів, інженерно-технічного персоналу наших виробничих підприємств напрямом піднесення стандартизації на вищий щабель.

Тов. Куйбишев у промові на 1-й Всесоюзній конференції плянування науково-дослідчої роботи, казав: „нагадую ще про одну путь прискорення темпів, поліпшення якости продукції та збільшення її, де прикладання наукової думки є за найпродуктивіше — це стандартизація.

Науково-дослідні інститути НКОЗ вже ввімкнулись у роботу в галузі стандартизації, але цю роботу розгорнули ще недосить.

Інститути повинні стати науково-практичною базою комітета стандартизації НКОЗ. Вони повинні, кожний в своїй галузі, на підставі останніх досягнень науки й техніки, опрацьовувати типи й стандарти порядком плянової наукової роботи.

Цією роботою інститути допоможуть технічній реконструкції здоровоохорони та забезпечать медично-санітарною компетенцією роботу решти наркоматів в галузі стандартизації.

Центральною проблемою стандартизації мусить стати типізація й стандартизація установ єдиного диспансера і в місті, і на селі.

Треба типізувати будівництво установ єдиного диспансера, типізувати номенклятуру та норми обладнання апаратурою, струментом, твердим і м'ягким реманентом та встановити норми постачання різних матеріялів, медикаментів, білизни тощо.

Поруч цього треба поставити за основне завдання типізувати і стандартизувати обладнання установ лікарняної мережі, установ масових оздоровних заходів та робітничого відпочинку.

Здійснивши це, ми допоможемо промисловості розпочати стандартизацію продукції, яку виготовляють фабрики й заводи для потреб установ охорони здоров'я.

Управління допоміжних підприємств НКОЗ мусить переглянути специфікацію продукції своїх заводів з погляду їхньої типізації й стандартизації, притягуючи до цієї роботи відповідні науково-дослідні інститути НКОЗ, складаючи з ними спеціяльні угоди.

Крім цього, вважаю за найпотрібніше негайно розпочати утворювати міцні осередки стандартизації по виробничих підприємствах НКОЗ та по найбільших лікпрофустановах, забезпечивши їх кваліфікованими кадрами та розгорнути плянову роботу в цій галузі.

Санбакінститути та інститут ендокринології повинні забезпечити своє виробництво стандартними правилами, що сприятимуть розгорненню масового виробництва, механізації технологічних процесів, поліпшенню якости продукції то зниженню собівартости.

Бойовим завданням натепер є скласти п'ятилітній плян робіт в галузі стандартизації.

Цей плян треба скласти, виходячи з основних завдань охорони здоров'я на другу п'ятилітку, взявши за основу справу технічної реконструкції та озброєння установ охорони здоров'я найновішими досягненнями техніки.

До участи в складанні пляну треба притягти наукових робітників, виробничий, партійний та профспілковий актив.

Тільки загальними зусиллями ми спроможемося максимально розгорнути справу стандартизації і тим самим забезпечити виконання постанови Ради Народніх Комісарів СРСР.

Народній комісар охорони здоров'я та голова комітету стандартизації — **Канторович.**

Заст. голови комітету стандартизації при НКОЗ УСРР **Приходько**

(Об. розп. НКОЗ № 46 — 02 з 28 листопада 1932 року)

ОЗДОРОВЛЕННЯ ПОБУТУ, ПОПЕРЕДЖЕННЯ РОЗВИТКУ ПОШЕСНИХ ЗАХВОРУВАНЬ.

211. Зміни арт. арт. 1 і 8 постанови ВУЦВК'у і РНК УСРР „Про заходи до поліпшення санітарного обслуговування робітників".

Копія

Постанова Всеукраїнського Центрального виконавчого комітету і Ради народніх комісарів УСРР.

Про зміни арт. арт. 1 і 8 постанови ВУЦВК і РНК УСРР „Про заходи до поліпшення санітарного обслуговування робітників".

Всеукраїнський центральний виконавчий комітет і Рада народніх комісарів УСРР постановили;

Арт. арт. 1 і 8 своєї постанови з 20 червня 1932 р. „Про заходи до поліпшення санітарного обслуговування робітників" (Зб. Зак. УСРР 32 р. № 16, арт. 114) ухвалити в такій редакції:

„1. Утворити в складі органів охорони здоров'я обласних виконавчих комітетів, а так само органів охорони здоров'я міських рад і районних виконавчих комітетів промислових міст і районів, зокрема Донбасу й Криворіжжя, спеціяльну інспектуру санітарного нагляду.

У складі Народнього Комісаріяту охорони здоров'я УСРР виділити спеціяльну державну санітарну інспекцію.

На інспектуру санітарного нагляду покладається обов'язок здійснювати повсякденний нагляд за санітарним станом робітничих селищ, гуртожитків і установ громадського харчування".

„8. Надати санітарним інспекторам, санітарним лікарям і помічникам санітарних лікарів право безпосередньо накладати адміністративним порядком штрафи за виявлені ними випадки зламання правил охорони здоров'я, що їх встановлено законом або обов'язковими постановами центральних і місцев. органів влади, коли за зламання цих правил не встановлено кримінальної відповідальности. Усі санітарні інспектори, передбачені в арт. 1 цієї постанови, а також санітарні лікарі в містах, підпорядкованих безпосередньо області, мають право накладати штрафи розміром до ста карбованців, санітарні лікарі в інших місцевостях розміром до 50 крб., а помічники санітарних лікарів — розміром до 25 карбованців".

Харків 20 листопада 1932 р.

Голова Всеукр. виконав. комітету — **Г. Петровський**.

Заст. Голови Ради народніх комісарів УСРР — **Сербиченко**.

За секретаря Всеукраїнського Центрального Виконавчого Комітету **О. Пілацька**.

212. Про епідстан республіки та протиепідемічні заходи

Із постанови Ради народніх комісарів УСРР з 14 жовтня 1932 р. на доповідь НКздоров'я)

Констатуючи незадовільний санітарний стан залюднених пунктів у Донбасі й інших промрайонах та великих міст України, що спричиняється до значного розповсюдження окремих епідемічних захорувань і визнаючи, що це сталося в наслідок: недостатнього притягнення широкої громадськости до справи боротьби за чистоту, цілком байдужого ставлення міських рад, райвиконкомів, госпорганів і громадських організацій до санітарно-епідемічної справи та їхнього невміння домогтися запровадження санмінімуму в залюднених пунктах, цілковитої безвідповідальности госпорганів, житлокоопів, споживчої кооперації та різних установ за санітарний стан території й приміщень, що є в їхньому віданні, а також недостатнього запровадження адміністративних та судових репресій за санітарні порушення (зокрема штрафування від місцевих органів сандогляду та міліції). Щоб домогтися справжнього поліпшення санітарного стану республіки й попередити можливий розвиток епідемічних захворувань. Рада народніх комісарів УСРР ухвалила:

1. Щоб усунути знеосіблення в справі санітарного доброустрою міст і робітничих селищ, покласти особисту відповідальність за їхній санітарний стан по належності на: а) голів міськрад та РВК — за санітарний стан міст і районів і за виконання постанов Уряду та директив НКОЗ в цій справі; б) директорів трестів і промпідприємств за санітарний стан самих промпідприємств і робітничих селищ; в) зав. установ за санітарний стан останніх; г) комгоспів за належний санітарний стан і безперебійну роботу всіх комунальних санітарно-технічних установок; д) на міська райздоровінспекторів — за правильну організацію та ефективність сандогляду.

2. Органам санітарного догляду та міліції посилити нагляд за чистотою дворів та вулиць, також за участю всієї маси медробітників, зокрема лікарів, прикріплюваних до окремих об'єктів для санобслуговування, стежити за виконанням закону про санмінімум, широко застосовуючи систему штрафів та притягаючи до суду окремих осіб організації та установи, винних у зламанні санітарних вимог.

Усі кошти від зазначених штрафів передати в розпорядження органів охорони здоров'я й використовувати виключно на санітарні потреби. Органам НКФінансів та НК РСІ стежити, щоб штрафи вносилися обов'язково з особистих коштів штрафованого, а не за рахунок установи, де він працює.

Запропонувати НК РСІ та його місцевим органам протягом місяця перевірити виконання таких постанов РНК УСРР; з 2-IX-31 р. „Про стан медсанобслуговування Донбасу та промрайонів", з 11-V-32 р. „Про епідемічний стан УСРР", з 8-IX-32 р. „Про роботу Всеукраїнського Аптекоуправління", притягти до відповідальности винних у зламанні цих постанов та домогтися негайного виконання зазначених цими постановами заходів.

4. Щоби покласти край масовим порушенням санітарного законодавства, запропонувати НКЮ, в порозумінні з НКОЗ, протягом двох декад опрацювати проєкт постанови про посилення відповідальности та санітарні злочини, розглядаючи останні, як соціяльно та державно небезпечні явища, що загрожують здоров'ю трудящих та порушують нормальний рух народньо-господарського життя і подати цей проєкт на затвердження РНК УСРР.

5. Просити ВУРПС та ЦК ЛКСМУ й доручити НКОЗ і всім іншим організаціям, що відповідають за санітарну справу домогтися якнайширшого втягнення, як самої трудящої людности, так і всіх громадських організацій до постійного непослабного контролю за здійсненням. масових оздоровних заходів і до безпосередньої участи в запровадженні таких заходів.

Визнаючи за обов'язок Наркомздоров'я домогтися забезпечення такого рівня санітарної культурности мас, за якого прагнення до чистоти перетворилися-б на справжню органічну потребу

кожного трудящого — зобов'язати Наркомздоров'я забезпечити широкий розвиток санітарної освіти й залучити до її запровадження якнайширші кола медробітників.

6 Зобов'язати облвиконкоми, РВК і місцеві ради встановити й забезпечити систематичне проведення уборки вулиць, майданів, садиб тощо по містах, робітничих селищах і на підприємствах, для чого:

а) Значно збільшити комунальні асенізаційні та сміттьові валки й на додаток до їхніх власних асенізаційних валок організувати артілі для вивозу рідких нечистот. Зобов'язати підприємства також організовувати такі артілі й доручити НКФ зменшити оподаткування цих артілів:

б) приділити серйозну увагу справі збирання та використання утилю, забезпечивши достатню матеріяльну зацікавленість для осіб, що збирають утиль.

7. Зобов'язати всі міські й селищні ради на підприємства, що мають власний житловий фонд, організувати достатні кадри двірників, поклавши на них, під доглядом органів міліції, сувору відповідальність за санітарний стан дворів і вулиць:

8. Зобов'язати НККГ, за участю промислової кооперації, організувати масове виготовлення асенізаційних бочок і колимаг, встановивши їх кількість на 1933 рік у порозумінні з НКОЗ.

9. Запропонувати НККГ та промисловим організаціям виключну увагу приділяти справі лазне-прального обслуговування по містах і робітничих селищах, зокрема забезпечити паливом на осінньо-зимові м сяці всі наявні лазні й пральні та закінчити до кінця ц. р. все розпочате лазне-пральне будівництво.

Водночас доручити УЧХ та УКЦ до грудня місяця закінчити влаштування й здати до експлуатації 3 200 нових примітивних лазень на селі за пляном НКОЗ.

10. Органам НКОЗ, спільно з органами НККТ забезпечити регулярний перепуск через лазні організованих груп людности (військових частин, робітників будівельників, студентів тощо); механічні пральні використати перш за все для обслуговування організованих груп трудящих, що перебувають у гуртожитках.

11. Щоб вчасно шпиталізувати та ізолювати пошесних хорих, запропонувати облвиконкомам негайно розгорнути потрібну кількість нових інфекційних ліжок з розрахунком на 100% шпиталізувати випадки висипного та черевного тифів і на масове шпиталізування дитячих інфекійй.

12. Відмічаючи успішне виконання НКОЗ щепельної кампанії, запропонувати облвиконкомам і всім госпорганізаціям та підприємствам і надалі максимально сприяти органам охорони здоров'я в проведенні щепельної кампанії та закінченні її в термін.

13. Запропонувати всім облвиконкомам під персональну відповідальність голів облвиконкомів, негайно впорядкувати та посилити роботу обласних і районних та міських надзвичайних санкомісій.

14. Категорично запропонувати дирекціям залізниць протягом двох декад вжити всіх заходів до належного санітарного впорядкування залізничого транспорту, зокрема вокзалів та пасажирський рухомий склад.

Надати сандогляду право, в разі виявлення антисанітарного стану вагонів та невжиття від залізничої адміністрації власних заходів до їх очищення, заборон ти відправку відповідних вагонів, а ДТОДПУ сприяти в цій справі, притягаючи до відповідальности винних у цьому.

15. Запропонувати ДОРТ'у та Чорноморській конторі Радторгфльоти вжити всіх заходів, щоб не припускати перевантаження суден, додержувати їх в належному санітарному стані

16. Доручити Генеральній Прокуратурі притягти до відповідальности комунальні відділи міськрад, Києва та Запоріжжя за невиконання постанови РНК УСРР про відведення приміщень для прибуваючих пасажирів та організації для них санобробки.

Щоби поліпшити матеріяльно-господарську базу органів охорони здоров'я та зміцнити загальний розвиток оздоровної й протиепідемічної роботи, РНК УСРР ухвалила:

1. Доручити всім обл. та райвиконкомам і міськрадам систематично заслуховувати доповіді про стан охорони здоров'я, зокрема про епідстан та про діяльність окремих медсанзакладів.

2. Запропонувати облвиконкомам до початку зимового сезону відремонтувати та впорядкувати всю мережу медсанзакладів і зробити потрібне переустаткування та поширення медсанмережі.

3. Негайно припинити випадки відбирання для будь яких інших потреб приміщень медсанзакладів, повернувши до безпосереднього користування органів охорони здоров'я ті приміщення, що колись перебували в їх виданні, а тепер використовуються не за прямим призначенням і доручити НКО притягати до відповідальности осіб, що припускають відбирати приміщення медсанзакладів.

4. Запропонувати НКПостачання, спільно з ВУКС, повнотою реалізувати фонди харчування що їх призначає НКПостачання СРСР для медсанмережі УСРР та посилити відвантаження для мережі Наркомздоров'я харчових фондів на час епідемії, нарівні з відвантаження для мережі Наркомздоров'я харчових фондів на час епідемії, нарівні з відвантаженням таких продуктів до вугільного Донбасу.

Категорично заборонити облвиконкомам, міськрадам, РВК та органам НКПостачання знеособлювати харчові фонди, що їх вилучено для НКОЗ, і використовувати їх лише за прямим призначенням.

Оригінал підписали; Заст. голови РНК УСРР **О. Сербіченко**

Секретар РНК УСРР **А. Зорін.**

м. Харків

213. Про заходи боротьби з обкладом і шкарлятиною та облік цих захворувань.

До всіх облздоровввідділів, міськздоровінспектур і райздоровіспектур Донбасу, міжрайсанстанцій, МСУ нових будівництв.

Копія—НКОЗ АМСРР і Медсансектору УпНКШшляхів.

Захорування на шкарлятину та обклад протягом останніх років ще забирають значне місце серед інших дитячих захорувань. Тимчасом на місцях зовсім не приділяють належної уваги повному облікові цих захорувань і здійсненню тих заходів, що безперечно сприяють зменшенню розповсюдження цих захорувань. Наприклад: на місцях зовсім не цікавляться причинами прогулів дітей по дитустановах, школах, майданчиках, дитсадках, яслах тощо, а втім Наркомздоров'я неодноразово надавав відповідні вказівки про те, що вразі дит на не відвідує дитустанов більш трьох днів,—дитину можна допускати до дитячого колективу лише за довідки лікаря.

Окремих випадків захорування на шкарлятину та обклад епідеміологічно не з'ясовують; не провадять належної саносвітньої роботи на виявлення інфекційних захорувань вдома у дітей. Тим самим утворюється можливість переносу захорувань до дитячого колективу, зокрема шкарлятини. На місцях досі повнотою не додержують терміні в карантину. Частенько дітей після виявлення інфекційних захорувань приймають до установи ще до закінчення карантинного терміну. Так, не зважаючи на те, що після захворування на шкарлятину дітей можна приймати лише за 14 днів, після обкладу за 5 днів і після кори теж за 14 днів,—ці терміни часто порушуються, і дітей приймають до закінчення карантина. Дітей, що хоріли на обклад приймають без переведення 2-3 разового обслідування слизу на наявність бацил Лефлера, і такі діти сприяють розповсюдженню обкладу.

За наявности значної кількости захорувань на шкарлятину і обклад треба уважно ставитися до захорувань на ангіну серед дітей, зокрема по дитячих колективах, по школах, дитсадках, яслах і т. інш. Кожну ангіну треба добре простежити і лише виявивши, що це дійсно ангіна стафілококова або іншого походження, можна дитину знову допустити до дитячого колективу.

Зокрема, місця ставляться тепер не уважно до запровадження дезінфекції.

Наркомздоров'я знову нагадує, що після кожного випадку будьякого інфекційного захворування в дитячому колективі треба обов'язково до дійсної дезінфекції зробити поточну дезінфекцію силами персоналу закладу розчином фенольно-мильним або субліматовим, причому треба стежити за уважним миттям всіх речей, що є в приміщенні дитячого колективу.

Слід зокрема звернути увагу на засоби транспортування дітей з дому або дитячого закладу до лікарні. Частенько транспортові засоби правлять за джерело розповсюдження захворувань серед дітей. Ось чому треба транспортовим засобам приділити особливу увагу, стежити за тим, щоб за один раз перевозили лише одну дитину і щоб після кожного транспортування хорої дитини зробили поточну дезінфекцію.

Щодо шпиталізації, то треба додати, що шпиталізують дітей не в усіх випадках: треба обов'язково стежити за підвищення відсотку шпиталізації зокрема шпиталізації хворих на шкарлятину, обклад, менінгіт, та тяжкі випадки кори, зокрема з ускладненнями.

Умови шпиталізації ще й на цей час, зокрема для дітей, є незадовільні. Особливо мало уваги приділяють організації спеціяльних дитячих відділків, підвищенню якости догляду дітей, які безумовно вимагають спеціяльного догляду; не приділено ще до цього часу достатньої уваги ретельному лікуванню дітей; діти, що хоріють на шкарлятину, досі не одержують м'яса або яєць в харчових нормах, хоча з досвіду в нас на Україні, як і закордоном, годування шкарлятинових дітей м'ясом або тваринними білками зовсім не шкодить перебігові захворування і навіть дає кращий ефект, ніж годування рослинними білками.

У лікуванні цих захорувань відіграє величезну ролю якомога раніше застосування спеціяльних сироваток, методи вживання, яких Вам надіслано спеціяльно. Треба, щоб кожний лікар, який стежить за дітьми в дитустанові, знався добре на цій інструкції.

Треба знову активувати конференції лікарів, на яких ставити питання про всі спеціяльні методи боротьби з дитячими інфекціями.

Надсилаючи цей лист, Наркомздоров'я просить на найближчій конференції лікарів (не лише дитячих, а всіх лікарів, що обслуговують дитячі установи) поставити це питання і протокол цієї наради надіслати до Наркомздоров'я.

Заст. Наркомздоров'я УСРР **Кустелян.**

Керівник сектора охматдиту **Федотова.**

(Об. розп. НКОЗ № 2101—1 з 30 Жовтня 1932 року).

*) Розіслано місцям 1 листопада 1932 р.— Ред.

214. Тимчасові правила використовування центрального водопостачання по неканалізованих залюднених пунктах*)

(Постанова Центральної Санітарно-Технічної Ради УСРР з 26 серпня 1932 року, протокол № 35)

У зв'язку із значними труднощами, що спостерігаються тепер у справі вивозу рідких бруднин з неканалізованих залюднених пунктів, що мають централізоване водопостачання, а також маючи на увазі поліпшити санітарний стан таких пунктів можливим зменшенням кількости небезпечних з санітарного погляду спадних вод, Центральна Санітарно-Технічна Рада вводить такі тимчасові правила використовування центрального водопостачання по неканалізованих населених пунктах:

1. У будинках громадського користування (школи, установи, театри і т. інш.) замість водяних клозетів треба влаштувати відповідно встатковані люфт-клозети, зв'язані з витяжними каналами, прокладеними поруч димового каналу вогнища, що постійно функціонує.

На той час, коли опалювання вогнища не провадять (теплого часу), люфт-клозети треба закривати й користуватися з надвірних відхідників.

2. По житлових будинках у неканалізованих місцевостях замість водяних клозетів належить влаштовувати люфт-клозети.

По будинках, де є вже водяні клозети, санітарні органи можуть припиняти користування ними у випадках, коли домоволодіння не забезпечує вивозу нечистот.

3. Для гігієнічних потреб у житлових будинках треба влаштувати замість вани душі.

4. Стоки від душей і кухонних зливальниць (раковин) треба використовувати для поливання городів і інших рослин, що є на садибі. На випадок неможливости цього стоку збирати в непроникливі вигреби й регулярно вивозити.

5. Щоб полегшити використовування стоків для поливання городини і інших рослин, що є в садибі — місце під забудову треба вибирати з таким розрахунком, щоб можна було забезпечити стоки для поливання самопливом.

6. Височінь нових будинків у неканалізованих місцевостях обмежити 3 поверхами.

7. Будинки з великою концентрованою витратою води, як лазні, пральні треба розташовувати в таких місцях, де є змога влаштувати фільтраційні майданчики для спадних вод або інші засоби місцевої очистки з відводом вод

8. Для окремих груп будинків дозволяється влаштовувати місцеві біологічні станції.

9. Там, де передбачається влаштування каналізації, припустити будування високоповерхових будинків з водозливними приладами за умови приєднання їх до каналізації до моментa початку експлоатації.

Голова центральної санітарно-Технічної ради
Заст. Наркомздоров'я—**Хармандар'ян**

215. Про встановлення нагляду та контролю за станом водопостачання **)

До всіх облздоровввідділів

Наркомздоров'я надає велику вагу належному встановленню нагляду і контролю від санітарних органів за умовами центрального водопостачання залюднених місць. Ця галузь роботи є одна з основних у комунальному впорядкуванні, санітарна організація має досить великий досвід у запровадженні цієї роботи. Отже, треба, щоб увесь контроль і нагляд за водопостачанням було поставлено з вичерпною чіткістю.

НКОЗ ще до утворення областей надіслав у цій справі вичерпні інструкції і тепер знову пропонує в обласному маштабі поставити цю справу на належну височінь, керуючись ось чим:

1. Об'єкти та організація нагляду

1. За об'єктами першочергового здійснення організованого систематичного контролю й нагляду за станом водопостачання взяти:

а) міста, що мають цнаральне водопостачання,

б) робітничі селища,

в) МТС, радгоспи й комуни з усуспільненим характером побуту.

2. Організувати старанний облік цих об'єктів по районах, на міжрайстанціях, в облсанінспектурах і зафіксувати їх наказами від облздоровввідділів.

3. Скласти короткі характеристики умов водопостачання для кожного об'єкту і виділити в цих характеристиках ті моменти, що потрібують особливої уваги від саннагляду.

4. Скласти картки дислокації місць, що за водопостачанням у них встановлюється систематичний нагляд.

*) Надіслано місцям 2 листопада 1932 р.—*Ред.*

**) Надіслано місцям 5 вересня 1932 р.—*Ред.*

II. Лябораторний контроль

5. Прикріпити всі водогони для лябораторного контролю до певних санбаклябораторій і встановити їхню відповідальність за здійснення цього контролю.

6. Встановити залежно від потреби й місцевих умов, терміни, в які потрібно провадити лябораторні дослідження й санітарні огляди окремих об'єктів.

7. По центральних водогонах, що мають за джерело водопостачання відкриті водоймища, треба, як правило, здійснювати щоденний бактеріологічний контроль (кількість колоній і тигр колі) і раз на п'ятиденку хемічний. На водогонах з надійних у санітарному розумінні джерел (артезіянські свердловини, закриті каптажі) хемічний і бактеріологічний контроль провадити не менш, як один раз на декаду.

8. У разі постійні дослідження води провадять на самих водогонах лябораторії господарчих організацій (Донбасводтрест, Водоканалтрест і т. інш.) треба провадити 1-2 рази на місяць контрольні аналізи в лябораторіях органів охорони здоров'я.

9. По водогонах з очисними спорудженнями проби для дослідження треба брати: а) до очисних споруджень, б) після окремих фаз очищення (відстоювання, фільтри), і в) з резервуара чистої води. По всіх водогонах, крім того, брати контрольні аналізи з декількох пунктів мережі.

III. Санітарні обслідування

10. Періодично, не рідше, як один раз на місяць, треба провадити санітарний огляд водогонів. Оглядаючи, звертати увагу:

а) на санітарний стан і охорону місць забору води (смоки, прилегла берегова ділянка, утримування садиби, де розташовані свердлини або щілини);

б) на стан і роботу очисних споруджень (загальне санітарне утримування приміщень, виконання правил для персоналу, безперебійність роботи всіх фаз очищення);

в) на безперебійність коагулювання й хлорування, і на те, як стоїть справа контролю їхнього дозування.

11. По МТС, радгоспах і комунах провадити огляд щілин, криниць, колодязів і засобів розвозки та переховування питної води. За потребою провадити також лябораторні аналізи води з джерел.

12. Навесні перед повіддям провадити генеральний огляд усіх водогонів і перевіряти їхню підготовленість на період повіддя.

IV. Зони санітарної охорони

13. Скрізь, де вже встановлено зони санітарної охорони, треба зафіксувати їх обов'язковими постановами міськрад, обласних або районних виконавчих комітетів, залежно від значности об'єктів і територіяльної дислокації зони.

14. Встановити нагляд за реалізацією заходів, що повинні провадитися по зонах.

15. Там, де зони ще не розробили, запропонувати організаціям, що експлоатують водогони, розробити і затвердити їх 1932 року належним порядком.

V. Про встановлення оперативного контролю за станом водопостачання

16. Щоби, мати певність здійснення саногляду і забезпечити належних профілактичних заходів встановити по областях і міжрайсанстанціях оперативний контроль стану водопостачання.

17. Запропонувати РЗІ і міськздоровінспектурам подавати до облздороввідділів щомісячні відомості про саннагляд за центр. водопостачанням. Копії відомостей подавати міжрайонним санітарним станціям.

18. Облздороввідділи щомісячно повинні подавати до НКОЗ зведені відомості.*)

19. На всі випадки виявлення несприятливих наслідків аналіз води, проривів експлоатації водогонів і т. інш. облздороввідділи повинні провадити розслідування і вживати заходів через відповідальні за стан водопостачання установи і організації для ліквідації проривів.

НКОЗ пропонує терміново розробити плян здійснення цієї директиви і повідомити не пізніше, як 15 вересня 1932 року про перебіг її виконання.

Заст. Наркомздоров'я—**Хармандар'ян**

Кер. групи комунальної санітарії—**Жаботинський**

(Об. розп. НКОЗ № 2901 з 3 вересня 1932 року).

*) Форми звітности (№№ 1 і 2) розіслано місцям—*Ред.*

216. Про санітарне оздоровлення підприємств хлібопечення

До обласних здоровувідділів, до міських і районних здоровінспектур Донбасу, до міжрайонних санітарних станцій і МСУ нових будівництв

Копії до НКОЗ АМСРР, медсансектору УпНКШляхів, облпостачів*)

До цього часу органи охорони здоров'я на місцях не добились потрібних позитивних наслідків в справі санітарного оздоровлення підприємств хлібопечення.

У великій кількості підприємств не виконано навіть санітарного мінімуму, особливо по хлібопекарнях, часто бракує санітарного контролю виробничих процесів, не налагоджено систематичного медогляду робітників хлібопечення, вони не перевірені до цього часу на бацилоносіння, у ряді підприємств хлібопечення нема постійного лябораторного контролю якости борошна тощо.

Наркомздоров'я вважає такий санітарний стан хлібопечення надалі за зовсім неприпустимий та пропонує:

1. Зобов'язати господарчі організації на місцях:

а) до 15 жовтня поліпшити стан санітарного доброустрою підприємств та санітарно-технічний стан виробничих приміщень, здійснюючи всі потрібні поточні ремонти;

б) забезпечити робітників підприємств хлібопечення відповідним спецодягом не менш, як 2 комплекти на робітника й особисту гігієну робітників (вмивальники, рушники тощо);

в) налагодити санітарні умови запровадження виробничих процесів щодо ведення тіста, розділка його, T° та часу випікання хліба тощо;

г) заоезпечити правильне переховування готових виробів виключно на полицях в окремому приміщенні, захистити від пороху, комах та забезпечити санітарні умови транспортування його;

д) здійснювати постійний лябораторний контроль якости борошна;

е) забезпечити, щоб зберігали борошно на стелажах у сухому світлому, добре вентильованому приміщенні та добре просіювали борошно;

ж) домагатися, щоб винищили в підприємствах хлібопечення мух, тараканів, прусаків тощо;

з) подбати за те, щоб кожні 5 день дезінфекували ретирадни місця й нечистоти.

2) Встановити суворий санітарний нагляд за виконанням санітарного мінімуму на підприємствах хлібопечення та санітарний контроль виробничих процесів, притягуючи винних в невиконанні його до суворої відповідальности.

3) Суворо стежити, щоби провадили попередній лябораторний контроль борошна, особливо боротися із ріжками не припускати вживання борошна без сертифікатів.

4) Забезпечити щомісячний медичний огляд робітників підприємств хлібопечення та повне щеплення проти черевного тифу.

5) До 15 жовтня перевірити робітників хлібопечення на бацилоносіння.

6) Прикріпити до всіх підприємств хлібопечення лікарів для постійного санітарного обслуговування, складаючи відповідну умову з місцевими господарчими організаціями.

В місячний термін повідомте про санітарний стан хлібопечення в області, зазначивши окремо докладні відомості про задовільний й незадовільний стан хлібопечення на хлібозаводах, хлібопекарнях й яких саме.

Заст. Наркомздоров'я **Хармандар'ян**

Головний санінспектор харчової промисловости **Морейніс**

(Об. розп. НКОЗ № 3018-2 з 19 вересня 1932 р.).

217. Наслідки обсліду санітарного стану підприємств хлібопечення в промислових районах УСРР

(Із розпорядження Заст. Наркомздоров'я УСРР т. Хармандар'яна з 28 жовтня 1932 року)

Обслідування підприємств хлібопечення в Харкові, Дніпропетрівському, Донбасі, Кривому Розі, Кам'янському та інш. виявило антисанітарний стан багатьох хлібозаводів та мало не всіх хлібопекарень.

Господарники не приділяють належної уваги організації санітарного доброустрою підприємств, мало дбають за оздоровлення виробничих процесів і зовсім не стежать за санітарною дисципліною серед робітників хлібозаводів і хлібопекарень. До того ж санітарно-технічна база хлібопекарень цілком незадовільна. У ряді пекарень, особливо в Донбасі, до виробничих приміщень допускаються осіб без додержування відповідних санітарних вимог. Саннагляд не на належній височині. Прикріплені лікарі проявляють надзвичайно невелику активність в боротьбі за санітарний доброустрій хлібопекарень і хлібозаводів, в наслідок чого у виробничих приміщеннях частенько брудно і ремонт не по всіх хлібозаводах і хлібопекарнях провадиться систематично й своєчасно, стіни брудні підлоги мають вибоїни, їх прибирають сухим засобом.

*) Надіслано місцям 20 вересня 1932 р. — Ред.

У багатьох хлібозаводах та хлібопекарнях не провадять будь-якої боротьби з мухами. Спецодягу недосить. Душові установки здебільшого функціонують незадовільно.

Так само незадовільно стоїть справа транспортування хліба (Дніпропетровське, Донбас). Хліб дуже часто відпускають гарячим та укладають в будки, що не мають полиць, через що стає значна деформація та погіршується якість хліба. Як правило, по всіх хлібозаводах лябораторний контроль поставлено незадовільно (Донбас, Кривий Ріг й т. інш.).

Заст. Наркомздоров'я тов. Хармандар'ян запропонував завідателям Харківського, Дніпропетровського та Донецького облздороввідділів забезпечити в дводекадний термін виконання всіх пропозицій, зв'язаних з обслідуванням хлібозаводів та хлібопекарень, усунувши всі наведені недоліки та притягнувши винних за невиконання санітарних вимог до суворої адміністративної та судової відповідальности.

Дніпропетровській, Запорізькій, Сталінській, Луганській МЗІ зауважено незадовільне санітарне обслуговування підприємств хлібопечення.

Міжрайонні та районні санітарні станції й санхарчовий нагляд протягом декади повинні опрацювати конкретні санмінімуми для кожного хлібозаводу й хлібопекарні, ознайомити з цими мінімумами всіх робітників відповідного підприємства й домагатися їх реалізації.

За неуважне ставлення до виконання своїх обов'язків щодо санобслуговування підприємств хлібопечення оголошено сувору догану:

а) лікарям: хлібозавода № 1 м. Харкова т. Гудко,
б) „ пекарні м. Кривого Рогу т. Штановеру,
в) „ завода Жовтневої копальні Криворіжжя т. Лиждвою,
г) „ „ № 1 і 4 м. Дніпропетровського т. Шпиц,
д) „ „ м. Макіївки т. Гінзбургу,
е) „ „ м. Ворошилівського т. Ципко.

Луганській, Кадіївській та Ворошилівській інспектурам охорони здоров'я накласти адмін. стягання на лікарів, що обслуговують підприємства хлібопечіння, де відзначено недогляд і порушення санітарного ладу.

Тим самим наказом заст. Наркомздоров'я запропонував ряду міських і районних інспектур охорони здоров'я, а також санлікарям оштрафувати багатьох керівників хлібозаводів, хлібопекарень та їдалень за припущення антисанітарії та порушення правил санітарного доброустрою в цих підприємствах.

218. Про виконання постанови РНК в справі поліпшення санітарно-технічного стану різниць

До всіх облздороввідділів, міськздоровінспектур, РЗІ Донбасу, міжрайстанцій, МСУ нових будівництв

Копія: НКОЗ АМСРР, Медсансектору УповНКШляхів

Наркомздоров'я звертає вашу увагу, що органи охорони здоров'я на місцях не надавали потрібної уваги виконанню постанови РНК з 12 вересня 1931 р. про поліпшення санітарно-технічного стану різниць. Медично-санітарні робітники не проявили потрібної настійности у боротьбі за виконання господарчими організаціями цієї постанови, не реагували рішуче на невиконання санітарного мінімуму на підприємствах м'ясної промисловости та не зміцнили потрібною мірою кількости й якости санітарного нагляду на цих підприємствах.

Додаючи тут копію постанови РНК з 28 травня 1932 р. про санітарне оздоровлення підприємств м'ясної промисловости, Наркомздоров'я пропонує:

1) під особисту відповідальність завідателів облздороввідділів та інспекторів охорони здоров'я забезпечити не тільки суворий нагляд за виконанням цієї постанови на місцях, але й обов'язкову активну практичну участь;

2) у п'ятиденний термін запропонувати господарчим організаціям скласти конкретний санітарний мінімум у справі санітарного оздоровлення кожного підприємства м'ясної промисловости окремо;

3) організувати робітничу громадськість і санітарний актив на боротьбу за виконання санітарного мінімуму на різницях, м'ясокомбінатах, ковбасних фабриках тощо;

4) прикріпити лікарів не пізніше 15 червня 1932 р до всіх підприємств м'ясної промисловости — м'ясокомбінатів, різниць, ковбасних фабрик, м'ясних баз тощо для постійного санітарного обслуговування, виділивши для цієї роботи найкваліфікованіших санітарних лікарів;

5) розвинути саносвітню роботу з ліквідації санітарної неписьменности серед робітників м'ясних підприємств, організуючи відповідні курси, провадячи систематичну санпропаганду, розповсюджуючи агітплякати, популярну літературу тощо;

6) значно зміцнити якість санітарно-харчового нагляду на підприємствах м'ясної промисловости та повести рішучу „боротьбу з невиконанням постанови РНК з 28 травня 1932 р., притягаючи винних до найсуворішої відповідальности.

Заст. Наркомздоров'я **Хармандар'ян**

Заст. кер. сект. харч. санітарії **Морейніс**

Постанова Ради Народніх Комісарів УСРР

Слухали:

Про санітарний стан м'ясокомбінатів та різниць.

№ 14559/8

Затвердив заст. голови РНК УСРР т. Сербиченко.

28 травня 1932 р.

Постановили:

Констатуючи, що:

1) постанову РНК УСРР з 12 вересня 1931 р. „Про поліпшення санітарно-технічного стану різниць" — повнотою не виконано;

2) Укрм'ясо більшість міськрад та РВК, у віданні яких перебувають різниці, не вжили потрібних заходів, щоб привести м'ясокомбінати на різниці до стану, що відповідав би вимогам санітарного мінімуму, не впорядкували забою худоби та не перевели потрібних ремонтів, а тими ремонтами, що їх переведено, не забезпечили належного стану різниць.

3) Це в основному сталося за недбайливого ставлення господарських організацій до здійснення виданих від НКЗС та НКОЗ правил санітарного мінімуму на підприємствах та потрібного сантехремонту й через недостатнє ветсанобслуговування різниць та кволу боротьбу органів юстиції із ламанням чинного ветеринарного й санітарного законодавства в цій галузі,—

Рада народніх комісарів УСРР ухвалює:

1. За невиконання постанови РНК з 12 вересня 1931 р. „Про поліпшення санітарно-технічного стану м'ясокомбінатів та різниць" та за недбайливе ставлення до здійснення санітарного мінімуму на підприємствах, директорам комбінатів Укрм'ясо Харківського тов. **Кваші**, Дарницького — т. **Гінзбургу**, Дніпропетровського — т. **Зладову**, Кремінчуцького — т. **Смірнову** й Херсонської філії т. **Слупецькому** — оголосити сувору догану.

2. Звернути увагу голів Лубенського, Прилуцького, Бердичівського та Гайсинського РВК на неприпустимий антисанітарний стан різниць в зазначених районах.

3. Зобов'язати Наркомпостачання т. **Сапова** та керівника Укрм'ясо т. **Богатирьова**, всі облоргкомітети та РВК і міськради Донбасу протягом двох декад забезпечити приведення м'ясокомбінатів і різниць до санітарного стану, що цілком відповідав би вимогам санітарного мінімуму, забезпечивши постійне додержання потрібного санітарного режиму.

4. Покласти на міські ради та райвиконкоми обов'язок організувати систематичний нагляд та контролю санітарного стану різниць і м'ясокомбінатів, притягуючи до цього широку суспільність.

Просити ВУРПС дати лінією відповідних профспілок директиву, щоби брали вони активну участь в оздоровленні різниць і м'ясокомбінатів та постійно допомагали санітарному їх утриманні.

5. Зобов'язати НКПостачання:

а) переглянути протягом двох декад плян капітального ремонту м'ясокомбінатів і різниць на 1932 р. в розумінні значного збільшення асигнувань на ці потреби з тим, щоби найближчим часом забезпечити корінне поліпшення санітарно-технічного стану м'ясокомбінатів і різниць.

Плян ремонту, що мусить забезпечити оздоровлення різниць, погодити з НКОЗ.

б) Визнаючи за доцільну дальшу концентрацію виробництва м'ясопродуктів на кращих підприємствах, що її проводить НКПостачання з одночасним розгортанням мережі холодильних склепів в Донбасі та використанням базисних холодильників, доручити НКПостачання погодити протягом місяця з військвідом, НКОЗ та НКЗемсправ список підприємств, на яких в дальшому буде переводиться забій худоби.

в) В обов'язковому порядкові встановити на м'ясокомбінатах протягом 1932 р. посади санітарних лікарів.

г) Здійснити потрібні заходи щодо поліпшення матеріяльно-побутових умов медично-санітарного та ветеринарного персоналу м'ясокомбінатів і різниць.

д) Протягом місяця забезпечити всі м'ясокомбінати і різниці спецодягом.

е) Організувати на всіх м'ясокомбінатах ветеринарно-бактеріологічні, хеміко-аналітичні лябораторії для контроля за якістю м'ясної продукції.

ж) Виділити з 1 липня 1932 р. у виробничій калькуляції окремою графою витрати на санітарне обслуговування підприємств м'ясної промисловости (дезінфекція, генеральні уборки тощо).

з) Разом з НКЗемсправ та НКОЗ розгорнути роботу щодо санітарної та ветеринарної освіти робітників підприємств м'ясної промисловости (масові лекції, курси, агітплакати, спеціяльна література тощо).

6. Запропонувати НКЗемсправ і НКПостачання вкомплектувати до 1 липня 1932 р, вакантні посади ветлікарів на різницях і м'ясокомбінатах, забезпечивши здійснення ветнагляду худоби до забою та повний огляд м'яса і обов'язкове таврування на кожній окремій частині забитої худоби.

7. Запропонувати НКЗдоров'я забезпечити протягом 1932 р. вкомплектування м'ясокомбінатів санітарними лікарями, одночасно посиливши санітарний нагляд за всіма підприємствами м'ясної промисловости.

8. Запропонувати НКПостачання, облоргкомітетам, міськрадам і РВК Донбасу заборонити відпуск споживачам м'яса з комбінатів і різниць для перевезення на підводах та іншому транспорті, що не відповідає санітарним правилам транспортування м'яса.

9. Запропонувати Укрм'ясо, облоргкомітетам, міськрадам та РВК Донбасу з 15 червня по 1 липня провести місячник санітарно-технічного ремонту, надавши особливу увагу здійсненню

потрібних заходів для санітарного оздоровлення м'ясокомбінатів і різниць на весняно-літній період.

10. Запропонувати Укрм'ясо передбачити відповідні асигнування коштів на підготову потрібних ветеринарних і медичних кадрів вищої, середньої та нижчої кваліфікації так на 1932 р., як і на другу п'ятирічку.

11. Зобов'язати Доннархарч та Вукопхарч протягом двох декад забезпечити по всіх їдальнях санітарні умови схоронення м'яса відповідно до вказівок НКОЗ.

12. Зобов'язати УпНКШляхів посилити ветеринарно-санітарний нагляд за транспортуванням м'яса, зокрема на місцях прграузки й розгрузки та до 1 липня ц. р. провести фактичну перевірку виконання інструкції щодо санітарних правил транспортування м'яса.

13. НКЮсту посилити карні заходи за порушення чинних санітарних та ветеринарних правил щодо м'ясокомбінатів, різниць та транспортування м'яса.

219. Про санітарне оздоровлення підприємств бринзоваріння

До облздоровві́дділів, облпостачів, міськздоровінспектур, РЗІ Донбасу, міжрайсанстанцій

Копія: НКОЗ АМСРР, Медсансектору УповНКШляхів*)

Питання санітарного оздоровлення підприємств бринзоваріння набуває тепер актуальної ваги в зв'язку з високою питомою вагою бринзи, як продукта харчування.

Цій справі досі не віддали потрібної уваги і господарчі організації, і органи охорони здоров'я.

Наркомздоров'я та Наркомпостачання, підкреслюючи категоричну потребу в найкоротший термін домогтися поліпшити санітарний стан підприємств бринзоваріння та оздоровити виробничі процеси на них, пропонують:

1. Зобов'язати господарчі організації на місцях протягом вересня й жовтня місяців;

а) поліпшити стан санітарного доброустрою підприємств бринзоваріння, здійснюючи всі потрібні поточні ремонти;

б) налагодити санітарні умови утримування та доїння кіз та овець;

в) поліпшити санітарно-технічний стан виробничих приміщень і забезпечити потрібний санітарний режим виробничих процесів;

г) забезпечити всіх робітників чистим спецодягом та можливістю чисто додержувати руки й тіло (умивальники, рушники, мило тощо).

2. Зобов'язати органи охорони здоров'я на місцях:

а) до 15 жовтня ц. р. перевірити санітарний стан підприємств бринзоваріння та поставити місцевим господарчим організаціям певні вимоги щодо санітарного оздоровлення цих підприємств,

б) налагодити постійний суворий санітарний нагляд за підприємствами бринзоваріння та їхніми формами та прикріпити до кожного підприємства лікаря для постійного санітарного обслуговування коштом підприємства,

в) забезпечити щомісячний медичний огляд робітників підприємств бринзової промисловости та повнотою охопити їх щепленням проти черевного тифу,

г) до 25 жовтня перевірити всіх робітників підприємства бринзової промисловости на бацилоносіння.

3. Облпостачам і відділам охорони здоров'я не пізніше 15 жовтня подати Наркомпостачання та Наркомздоров'я докладний матеріял про санітарний стан підприємств бринзової промисловости та про потрібні для санітарного оздоровлення цієї промисловости заходи. Зокрема, висвітлити такі моменти, як санітарний доброустрій підприємств і фарм, санітарні умови утримання та доїння кіз й овець, санітарно-технічний стан, санітарний режим виробничих приміщень, методи добування казеіна в молоці, процеси соління, стискання, зберігання й транспортування бринзи тощо.

Ці відомості потрібні, щоб опрацювати плян заходів санітарного оздоровлення бринзової промисловости та поставити це питання перед урядом.

Заст. Наркомздоров'я **Хармандар'ян**

Заст. Наркомпостачання **Сидоров**

Головний санінспектор харч. промисловости **Морейніс**

(Об. розп. НКОЗ і Наркомпостачання з 20 вересня 1932 року № 30-14-2).

*) Розіслано місцям 28 вересня 1932 р. Ред.

220. Про масову перевірку роботи місцевих санкульторганізацій.

До всіх облздоровідділів (бюро санкультури), до всіх будинків санкультури

У кінці серпня минулого року Наркомздоров'я надіслав анкету, яку треба було заповнити на підставі обслідування роботи місцевих санкульторганізацій.

Проте, зазначених матеріялів майже зовсім не одержали з місць й це значною мірою ускладнює керівництво санкульторганізаціями периферій.

Надаючи величезну увагу санкультроботі, НКОЗ протягом останнього року дав низку директив на основі постанови 4-го Всеукраїнської наради по саносвіті та рішень центральних установ та організацій щодо характеру роботи саносвіторганізації стосовно до сучасних вимог.

Окремі будинки санкультури, як це виявлено підчас обслідувань, не тільки виконали зазначені директиви, але також провели велику роботу на підставі свого досвіду та місцевих умов, Частина ж будинків СК не організувала свою роботу напрямком здійснення сучасного моменту.

Тепер треба знову перевірити роботу місць для того, щоби, поперше, виправити хиби, що ще існують в роботі, а подруге, також популяризувати досвід роботи кращих будинків санкультури.

Отже, НКОЗ пропонує скласти негайно комісію в складі; представника здоровінспектури (голова), місцевої преси, культвідділу профради, профспілки Медсантруд і двох робітників великих підприємств міста (району). Комісія повинна з усіх боків знайомитися з роботою БСК в галузі того, як обслуговують соцсектор села, пролетарські маси міста, як втягують лікарські кадри в саносвітроботу, який є зв'язок з іншими організаціями, яких вживають заходів на здійснення клясової лінії в здоровоохороні, організацію масових університетів тощо.

Щоб полегшити запровадження цих обслідувань, додаємо тут анкету*), яку повинна заповнювати комісія; крім анкети, треба також скласти акт з висновками та пропозиціями, скерованимй на поліпшення роботи.

Роботу й висновки перевірки діяльности санкульторганізацій за період з 1 січня 1932 р. треба подати до НКОЗ (сектор санфізкультури) до 1-го січня 1933 року.

Наркомздоров'я — **Канторовіч**

Заст. керівника сектора санфізкультури — **Паволоцький**

(Об. розп. НКОЗ з 20 листопада 1932 р. № 1704).

ОХМАТДИТ. ОЗДП.

221. Про ясельну справу

Постанова Ради народніх комісарів УСРР

Розвиток соціялістичного будівництва в СРСР призводить до всебільшого втягнення трудящого жіноцтва до виробництва, до активної участи його в громадсько-політичній роботі. За таких умов великої політично громадської ваги набуває розвиток ясельної справи.

Протягом останніх років органи охорони здоров'я набагато розширили мережу ясел в УСРР і збільшили число ясельних ліжок по пром. підприємствах в містах з 11.000 в 1929 р. до 62.000 ліжок 1932 року, а на селі з 62.000 ліжок 1929 року до 1.509.100 ліжок 1932 року.

Проте. рада Народніх Комісарів УСРР констатує, що НКЛегпром, НККГ, УпНКШляхів, Укржитлоспілка, Південсоюзбуд і трести — „Вугілля", „Сталь" та „Дніпросталь" не виконали пляну ясельного будівництва 1932 року.

Стан ясел ще надто незадовільний. НКЗдоров'я УСРР не забезпечив сільської ясельної мережі постійним сандоглядом, належним медобслуговуванням та кваліфікованими ясельними кадрами.

Міські ради та РВК не приділяють ще належної уваги та реґулярно не працюють над ясельною справою.

Виходячи з цього, Рада народніх комісарів УСРР постановила:

1. Щоб поліпшити керівництво ясельною справою, організувати в апараті Наркомздоров'я окрему управу під безпосереднім керівництвом члена колеґії Наркомздоров'я, якій сконцентрувати справу ясел, консультацій, молочних кухонь та підготування й перепідготування ясельних робітників.

*) Анкету розіслано одночасно з листом 20 листопада 1932 р. — Ред.

При обласних здоровВідділах утворити аналогічні управи, а по всіх міськрадах і РВК ввести спеціяльних інспекторів охматдиту.

2. Утворити при НКЗдоров'я міжвідомчу раду сприяння ясельній справі за головуванням Наркома в складі представників УпНКВажпрому, НКЛегпрому, НКФ, НКОсвіти, Наркомземсправ, Наркомпраці, Наркомпостачання, НКНомгоспу, Укрколгоспцентру, Укржитлоспілки, споживчої кооперації, УЧХ, товариства ДД, ВУРПС, промкооперації й кас соцстраху.

Такі ж ради сприяння ясельній справі утворити при обласних і міських здоровВідділах та районових інспектурах в складі представників відповідно до складу ради при НКЗдоров'я.

Доручити Наркомздоров'я УСРР видати устави про компетенцію і права зазначених рад сприяння ясельній справі.

3. Зобов'язати облвиконкоми, міськради та РВК разом з органами НКЗдоров'я та РСІ протягом місяця перевірити стан ясельних приміщень, рішуче домагаючись поліпшення роботи ясел, зокрема санітарного їх стану. До кінця року провести потрібний ремонт ясельних приміщень.

4. Зобов'язати будівельні та господарські організації, що провадять ясельне будівництво забезпечити це будівництво потрібними будівельними матеріялами та встановити систематичний догляд за перебігом його, щоб своєчасно й цілком виконати плян ясельного будівництва лінією господарських організацій, що його затверджено на 1932 рік в кількості 121 ясельних об'єктів та 10441 ліжко загальною вартістю в 10.546 тис. крб.

Укрдержплянові надалі встановлюючи фонди будматеріялів, виділити фонди будматеріялів цільового призначення на будівництво ясел.

5. Наркомздоров'я УСРР, порозумівшись з ВУРПС, опрацювати протягом місяця пляни ясельного будівництва на 1933 рік, щоби максимально забезпечити яслами дітей робітництва провідних галузей важкої промисловости (металюргійної, вугільної, машинобудівельної тощо) та найважливіших галузей легкої промисловости, де переважає жіноча праця.

Укржитлоспілці разом з НКЗдоров'я УСРР цілком забезпечити виконання протягом 1932 і 1933 р. р. пляну розгортання дитячих ясел при ЖОК, ЖБК та будівництва дитячих комбінатів по промислових містах в кількості 112 одиниць на 5.610 дітей.

6. Зобов'язати Наркомпраці УСРР, разом з НКЗдоров'я УСРР, порозумівшись з ВУРПС, забезпечити в бюджеті органів соцстрахування 1933 року збільшення асиґнувань на ясла.

7. Наркомздоров'я звернути особливу увагу на забезпечення яслами дітей комскладу та червоноармійців РСЧА.

Зобов'язати облвиконкоми, МР та РВК забезпечити ці ясла потрібними приміщеннями.

8. Зобов'язати НКЛегпром розгорнути, порозумівшись з НКЗдоров'я, виробництво ясельного устаткування та спеціяльних речей дитячого побуту (меблі, ваги, посуд, готовий одяг та взуття, іграшки тощо).

9. Зобов'язати НКПостачання, порозумівшись з НКЗдоров'я, протягом місяця поліпшити та вдосконалити норми постачання дитячих ясел, виділити, виходячи з цих норм, броньовані фонди харчових продуктів для постачання яслам і молочним кухням у великих промислових містах та промислових центрах і розверстати ці фонди по областях.

10. Запропонувати РНК АМСРР та облвиконкомам організувати децентралізовані заготівлі молочних продуктів, овочів та фруктів для ясельної мережі.

11. Доручити НКЗдоров'я УСРР подати протягом п'яти день до Комітету товарових фондів заявку на фонди для устаткування ясел і постачання їм харчових продуктів на 1933 рік.

12. Зобов'язати всі організації та урядництва, що беруть участь в ясельній справі, виділити в їхніх апаратах спеціяльних робітників, які відповідають за проведення заходів щодо обслуговування ясельної мережі, а місцевим органам НКРСІ виділити спеціяльних членів президії для нагляду за виконанням цієї постанови.

13. Постанову цю оголосити в пресі.

Заст. голови Ради народніх комісарів УСРР **Сербиченко**.

Тво керівничого справ Ради народніх комісарів УСРР **Блеєр**.

(„Вісті" ВУЦВК'у з 12 листопада 1932 р.)

222. Про виконання постанови РНК УСРР про ясельну справу*)

До всіх облздоровідділів. Копія — До НКОЗ АМСРР**)

Постанова Ради народніх комісарів УСРР про ясельну справу зі всією категоричністю ставить перед нами ряд найважливіших і невідкладних завдань, що своєчасно виконанням їх, ми забезпечимо реалізацію директив партії та уряду в питаннях втілення та закріплення жіночої праці на виробництві,—реконструкції побуту трудящої жінки на соціялістичних засадах, комуністичного виховання дитинства.

Ясельна справа мусить стати справою не самого лише апарату. Вона повинна набрати характеру громадського заходу, до якого треба притягти не лише радянські, професійні та громадські організації, але також і широкі маси робітництва, а насамперед маси жіноцтва.

Скликання зборів жіночого активу по підприємствах, районах, загально-міські збори, на яких треба опрацювати постанову ЦК партії та Ради народніх комісарів про ясельну справу, в пов'язанні зі станом ясельної справи в даному районі, міста, утворення жіночого активу навколо охматдиту, складання доповідей з окремих питань ясельної справи (будівництво, ремонт приміщень, якість роботи ясел, утворення власного господарства по яслах тощо) в профес. організаціях, на робітничих зборах, жінделегатських зборах — це все править за перші й потрібні кроки притягти громадську увагу до цього питання.

Утворення міжвідомчих рад сприяння ясельній справі при облздороввідділах, міськвідділах, райздороввідділах та нормальна планова його робота — мусить набрати також характеру значного громадського заходу (проект установи про МРЯС вам надіслано).

В апаратах здороввідділів треба диференціювати роботу ОХМ напрямком відокремлення ясельної роботи та утворення окремих ясельних секторів в Управлінні ОХМ пробл. та міськздороввідділах, а по всіх РВК ясельною роботою повинні керувати спеціяльні інспектори охматдиту.

Звертаємо Вашу увагу на потребу негайно добрати відповідних райінспекторів.

Утрете нагадуємо про потребу за участи робітничих бригад встановити дійсні причини зриву ясельного будівництва, винних у цьому осіб та установи й передати ці матеріяли до РСІ та прокуратури.

За участи РСІ, професійних і громадських організацій перевірте стан ясельних приміщень, забезпечивши закінчення ремонту до кінця року.

Неприпустимо відстає у виконанні планів будівництва та розгортання мережі ясел житлова кооперація — треба її роботу в цьому питанні взяти під окремий нагляд і контроль.

Одним з вирішальних моментів у справі якісного стану ясел є справа власної господарчої бази. Констатуючи майже цілковиту відсутність її, НКОЗ підкреслює, — що потрібно розпочати утворювати такі бази, на підставі ваших місцевих умов по окремих яслах, по районах і загальноміські. Кролівництво, птахівництво, пасічництво, городництво повинні стати невідйманою частиною господарювання ясел.

За постановою ВУРПС'у передбачено провести огляд стану ясельної справи. Отже треба Вам також включитися до цього огляду, активізувавши масу навколо цих питань.

Щоб перевірити роботу облздороввідділів напрямком зопровадження в життя постанов партії та уряду про ясельну справу, — викликаємо керівників управлінь охматдиту при облздороввідділах до НКОЗ.

Треба подати також такі матеріяли: підсумки оздоровної кампанії, стан охоплення яслами дітей робітниць окремо у важкій і легкій промисловості, стан розгортання ясел для нач. складу Червоної Армії.

Заст. Наркомздоров'я **Кустолян**
Керівник ясельного сектору **Левік**

(Об. розп. НКОЗ з 22 листопада 1932 р.).

222-а. Централізоване постачання сільським постійним яслам.

До всіх облздороввідділів, міськздоровінспектур, райздоровінспектур Донецької области, МСУ нових будівництв.

Копія — НКОЗ АМСРР і Медсансектору Уповнаркомшляхів.

Наркомздоров'я сповіщає, що з першого жовтня цього року централізоване постачання повинні одержувати також сільські постійні ясла. Наркомздоров'я підтверджує норми на одну дитину (на місяць), що перебуває в яслах або дитячому будинкові.

а) Для дитячих будинків і ясел	цукру	— 1,2 клг.
„ „ „	крупів	— 1,1 клг.
б) Для молочних кухонь	цукру	— 1,0 клг.
„ „	крупів	— 1,1 „

Заст. Наркомздоров'я — **Кустолян**. Керівник сектору Охматдиту — **Федотова**.

(Лист НКОЗ з 18 листопада 1932 р. № 2101 — 8)

*) Текст надруковано в цьому номері бюлетеня (див. стор. 455) — Ред.

**) Розіслано місцям 15 листопада ц. р. — Ред.

223. Про роботу дитячих консультацій

До всіх облздороввідділів. до МСУ нових будівництв. Копія — НКОЗ АМСРР, Медсаисектору УпНКШляхів

Брак лікарів — педіятрів в соціялістичному секторі села частенько гальмує правильне обслуговування жінок і дітей соцсектора села.

Наркомздоров'я уже зазначив потребу перебудувати роботу міських, і зокрема районних консультацій так, щоб кожна районна консультація обслуговувала не лише те місце, де вона міститься, а обов'язково мала певно встановлені виїзні дні, щоб обслуговувати інші місцевості, першою чергою комуни, радгоспи, великі колгоспи. У свої виїзні дні лікар консультації обов'язково повинен відвідувати дитясла організувати саносвітню роботу серед батьків дітей ясел в першу чергу, де перебувають самі ясла.

Лікар консультації, крім обслуговування дитясел, повинен провадити профілактично-лікувальний прийом жінок та дітей, а також обслуговувати школу (де немає лікаря ОЗД), роблячи саногляд шкільного приміщення, медогляд школярів, масові профілактичні щеплення (за допомогою інших медробітників) і саносвітню роботу серед дітей, педагогів і батьків. Щоб налагодити плянові та регулярні виїзні консультації, - треба в районі провести попередню пояснювальну роботу, треба притягти до організації цієї справи партійний, професійний і громадський актив, щоб налагодити транспорт там, де його немає при лікувальних установах. Щоб здійснити ці заходи, яким НКОЗ надає велику вагу, бажано вже в листопаді скликати спеціяльні области конференції лікарів консультацій, на яких з усіх боків висвітлити та обговорити це питання. Про термін скликання обласних конференцій лікарів консультацій — сповістить НКОЗ своєчасно, щоби була змога відрядити відповідального представника НКОЗ.

Заст. Наркомздоров'я — **Кустелян.**

Керівник сектора охматдиту — **Федотова.**

(Обл. розп. НКОЗ з 15 листопада 1932 р. № 2101—1)

224. Про організацію позашкільного режиму дітей

До всіх облздороввідділів і МСУ нових будівництв Копії до НКОЗ АМСРР і Медсансектору УпНКШляхів

Постанови ЦК ВКП(б) про початкову, середню школу та піонерорганізації поставили перед органами здоровоохорони завдання максимально забезпечити дітей масовими оздоровними заходами, зокрема організувати здорове позашкільне дозвілля.

Усю систему оздоровних заходів серед дітей запроваджують лише на час організованого перебування дітей у дитустановах, у школі, на майдані, в колонії, таборі, санаторії тощо, а решта часу позашкільного й неорганізованого досвілля досі лишається поза систематичним обслуговуванням від органів охорони здоров'я. Цим самим дуже знижується ефективність оздоровновиховних заходів, що запроваджуються в дитустановах, а санітарно-гігієнічні навички, які придбали діти, не закріплюються порушується встановлений режим навантаги і, нарешті, вся система оздоровних міроприємств стає недостатньою та неповною.

Виходячи з цього, треба всім органам здоровоохорони намітити плянові заходи організації позашкільного часу дітей та їхнього дозвілля відповідно до вимог гігієни та охорони здоров'я, а також масових оздоровних заходів серед неорганізованих дітей.

Щоб здійснити це, НКОЗ пропонує таке;

1. Усім місцевим органам здоровоохорони спільно з відділами народньої освіти, притягнувши до безпосередньої участи зацікавлені громадські організації, а передусім — Т-ва „Друзі Дітей“, УЧХ, Т-ва оздоровлення праці й побуту, Ради фізкультури та інш., розробити конкретний плян заходів організації здорового та гігієнічного дозвілля й позашкільного режиму дітей стосовно до особливостей кожної области, району, ураховуючи культурно-побутові та виробничі умови.

2. Розробляючи плян позашкільного обслуговування дітей, треба виходити з потреби максимального використання дітьми природніх чинників здоров'я (сонця, повітря та води). Отже, чимале місце в організованому дитячому дозвіллі мусять забрати гри, прогулянки й розваги на вільному повітрі, у відповідних санітарно-гігієнічних умовах.

3. Організуючи ті або ті заходи з фізкультури (гри, спорт та гімнастичні вправи, екскурсії, прогулянки та інш.), слід віддавати особливу увагу запровадженню відповідного режиму навантаги дітей стосовно до їхніх вікових особливостей і організації всіх зазначених заходів відповідно до вимог санітарії й гігієни.

Категорично й безумовно заборонити здійснювати які б то не було фізкультзаходи в антисанітарних та антигігієнічних умовах, притягаючи усіх злісних порушників до відповідальности.

4. Звернути особливу увагу на доброустрій місць організованого позашкільного перебування дітей: майданів, стадіонів, клюбів, технічних станцій тощо та їхній санітарно-гігієнічний стан. Для цього органам охорони здоров'я треба встановити систематичний нагляд, прикріпивши до всіх місць організованого дитячого дозвілля відповідних медробітників (лікарів, лікпомів, сестер) і опрацювати конкретний санмінімум для кожного окремого об'єкту, виходячи з особливостей його побудови та спеціяльного призначення.

5. Підчас організації від різних відомств і організацій парків культури й відпочинку, стадіонів, лижв'яних станцій, ковзанок, бульварів, клюбів тощо, всім органам охорони здоров'я належить брати обов'язкову участь у плянуванні дитячих містечок, дитмайданів, диткімнат, ураховуючи потребу забезпечити їх обладнанням та інвентарем, що відповідав би гігієнічним вимогам і віковим особливостям дітей, а також правильно їх побудувати з погляду санітарно-гігієнічних та епідеміологічних вимог.

6. Зважаючи на велику увагу, якої набувають тепер для організації дозвілля й позашкільного часу дітей бази вихідного дня й екскурсійно-туристські бази — органам здоровоохорони звернути особливу увагу на правильну організацію всіх екскурсійних туристських маршрутів з погляду гігієнічних вимог, а також на правильну організацію самих баз.

Треба, як правило, встановити обов'язкове попереднє санітарно-гігієнічне й епідеміологічне обслідування всіх шляхів окремих маршрутів, джерел води щодо їхньої придатности для пиття, окремих залюднених місць, зокрема щодо стану інфекційних захворувань тощо. Неможна припускати, щоби відправляли в екскурсії й туризм без відповідного медичного висновку.

7. Органи здоровоохорони повинні з допомоги лікарів фізкультури, лікарів ОЗДП і лікарів інших фахів встановити відповідний контроль і нагляд за правильним режимом екскурсійно-туристських вилазок дітей щодо тривалости часу на ці вилазки, віддалености, своєчасности привалів для відпочинку та правильного харчування на поході, відповідного одягу та взуття тощо. Для цього всі накреслені екскурсійні-туристські маршрути треба забезпечити вказівками з усіх зазначених питань.

8. У зв'язку з організацією й запровадженням позашкільної роботи з дітьми органи охорони здоров'я повинні вжити відповідних заходів на розгорнення масової санкультроботи і серед дітей і особливо серед самого населення.

За основне завдання санкультроботи мусить правити широка пропаганда серед населення конкретних заходів упорядкування та поліпшення режиму навантаги дітей в родині, правильної організації їхнього відпочинку й дозвілля (нормальний сон, здорові й гігієнічно-доцільні розваги та інше відповідно до постанови НКОЗ, НКО про типовий розпорядок школи з 5 березня 1932 р.).

9. Маючи за мету усунути спостережувані порушення та викривлення, що трапляються підчас запровадження фізкультури серед дітей і підлітків у фізкультгуртках, клюбах, спорторганізаціях тощо, органи охорони здоров'я мусять посилити увагу правильної встанови лікарського контролю над заняттями з фізкультури. Поряд цього треба домогтися обов'язкового виконання від усіх фізкульторганізацій вимог щодо недопускання до занять з фізкультури без попереднього лікарського висновку. За невиконання цих вимог притягувати всіх винних осіб до громадської та адміністративно-судової відповідальности.

10. Усі органи охорони здоров'я повинні встановити статистичний облік і контроль за організацією і виконанням всіх заходів щодо позашкільного обслуговування дітей, максимально притягуючи до цієї роботи комсомольський, піонерський актив, робітничу та колгоспну суспільність.

НКОЗ звертає увагу всіх робітників здоровоохорони на актуальність питань правильної організації дозвілля й позашкільного часу дітей і підлітків та пропонує негайно розпочати реалізацію цієї директиви.

Заст. Наркомздоров'я **Кустелян**

Керівник сектору ОЗДП **Бандурівський**

(Об. розп. НКОЗ з 20 листопада 1922 р. № 2134—1).

Затверджую. — Заст. Наркома охорони здоров'я **М. Кустелян**

225. САНМІНІМУМ

для дитячих інтернатів та комун молоді

1. Впорядкування садиби

1) Дитячі інтернати та комуни молоді мусять мати достатню площу на розташування основних приміщень — гуртожитків, учбових приміщень, майстерень, господарчих приміщень, а також для культурного обслуговування.

2) Дворову площу треба нівелювати так, щоб не застоювалася вода підчас дощу тощо.

3) Брукувати під'їзні дороги до господарчих приміщень.

4) На переховування сміття та покидьків пристосувати спеціяльні скриньки із щільно збитих дошок, із дном та покришкою. Скриньку з середини просмолити.

5) Вразі відсутности каналізованих дворових убиралень, останні треба будувати на віддалі 40-60 метрів від житлових приміщень, їдальні, кухні та колодязів.

Вигрібні ями вбиральні з середини обкладаються непроникливим матеріялом — цементованою цеглою, бетоном тощо. Якщо бракує цих матеріялів, дозволяється обкладати ями дошками, просмоленими із середини.

6) Вбиральні будуються окремо для хлопчиків і дівчат з розрахунком одна дучка на 20-25 осіб

7) Підлогу вбиральні роблять із непроникливого матеріялу та із схилом в бік дучок.

Для вентиляції треба поставити трубу нижнім кінцем у яму, а верхнім вивести над дахом на 2-3 метри.

У відділі для хлопчиків устаткувати пісуари, щоби уникнути розплідження мух, треба на дверях пристосувати пружини для щільного закривання дверей. Підлогу й сидіння щоденно посипати хлорним вапном, а стіни тричі на декаду білити розчином хлорного вапна (1 кіло хлорного вапна на відро води).

У кожній вбиральні мусить бути скринька для складання брудного паперу.

8) Якщо немає каналізації, збудувати помийну яму з непроникливого матеріялу. Над ямою пристосувати ґрату з бортом і покришкою.

9) За наявности стаєнь, корівників, свинарень, в останніх будувати підлогу з непроникливого матеріялу, із схилом до жолобів для стікання рідких покидьків. Жолоби треба робити із схилом до непроникливих ям (приймальників).

10) Покидьки з ям вивозити регулярно і не припускати переповнення їх — більш $^1/_2$ метра від рівня землі.

11) Територію засаджувати зеленими деревами, кущами, квітами й травами.

II. Гуртожиток

1. Гуртожитки робити окремо для хлопчиків і дівчат.
2. Кожному надавати окремо ліжко.
3. В столиках між ліжками забороняється зберігати які б то не було харчові продукти.
4. Забороняється лягати на ліжко у верхньому одязі та взутті.
5. Забороняється в спальні переховувати брудну білизну (для цього треба мати окреме приміщення).
6. У спальнях та коридорах повинні бути плювачки з водою, краще за все з 5% розчином карболової кислоти.
7. По спальнях і коридорах повинні буті скриньки для покидьків (паперу тощо).
8. У приміщенні гуртожитку треба мати бак для води з фонтанчиком біля ґранту. Покришку ґранта замикати на замок.
9. У спальні не слід розвішувати плякатів і гасел (краще писати їх фарбою на стінах).
10. На вікнах влаштовують фромуги та кватирки, щоб забезпечити провітрювання гуртожитків.
11. Освітлення мусить мати світляний коефіцієнт не менш, як 1 : 8 (площа вікон не менш $^1/_8$ — площині підлоги).
12. Температуру тримати 16-18° С.
13. Гбирання провадити щоденно з миттям підлог.
14. Один раз на шостиденку мити підлоги гарячою водою з лугом.
15. Один раз на шостиденку добре витрушувати на дворі постіль і особливо ковдри.
16. Один раз на декаду міняти постільну білизну.
17. Один раз на шостиденку міняти натільну білизну.
18. Не менш 1 разу на декаду митися в лазні.
19. Щодня витирати мокрою ганчіркою меблю.
20. Двічі на місяць мити вікна та витирати порохи по кутках та із стін вогким способом.
21. Забороняти в спальні чистити верхній одяг і взуття. Мати для цього окреме приміщення. а в гарну годину краще це робити на дворі.
22. Біля дверей при вході в гуртожиток повинні бути шкрібки та ґрати, або матки, щоб чистити взуття від грязі.
23. Забороняти курити в спальні.
24. В умивальнях встановити ґранти, виходячи з розрахунку: 1 на 8-10 осіб.
25. В каналізованих убиральнях при гуртожитках треба мати окремі відділі хлопчиків і дівчаток. Кількість дучок установлювати з розрахунку 1 на 20-25 осіб. Мати скриньки для брудного паперу. Щоденно мити і поливати підлогу й стульчаки розчином хлорного вапна. Вбиральню забезпечити доброю вентиляцією.
26. Виділяти окреме приміщення для ізоляції підозрілих хворих.
27. Всім дітям робити прищепки віспи та проти черевного тифу.
28. В разі трапиться інфекційне захорування, негайно повідомити санорганізацію.

III. Кухня

1. Казани для води, кастрюлі для варіння їжі повинні мати завжди цілу полуду і в разі її зтирання посуд треба лудити. В емальованому посуді. де є щілини в емалі, не припускати варити їжу.
2. Кухонний посуд, прилади обов'язково мити гарячою водою з содою, після чого змити чистою водою і покласти на поличку догори дном. Кухню прибирати та мити щодня після скінчення роботи.
3. Для дров і вугілля на кухні мати спеціяльний ящик, щоб не забруднювати підлоги.
4. Неможна зберігати на кухні речі, що не стосуються варіння їжі.
5. Забороняти тримати на кухні тварин (кішок, собак тощо),
6. Встановити для миття рук умивальник з милом та рушником.
7. Стороннім особам заборонити ходити на кухню;
8. Робітничі столи повинні бути без щілин: їх треба мити після роботи гарячою водою.
9. У відкритих вікнах встановити густі ґрати, щоб не давати мухам залітати.

Попередня обробка продуктів

1. Городину, фрукти, ягоди — добре перебирати. Добре помити в чистій воді, видалювати бруд, комах тощо і лише після цього пускати в обробку.

2. Крупи, борошно обов'язково просівати крізь густе сито, щоб уникнути забруднення (комахами, хробаками тощо). У разі немає сита для крупів, — треба розсипати їх тонким шаром на столі й вибирати бруд, комах тощо, після чого промити у воді.

3. З риби вичистити з початку слиз, а після того пускати в обробку.

4. З м'яса змити кров та забруднення, що є на поверхні.

5. Молоко обов'язково проціднти крізь густе сито або чисту тканину, щоб видалити бруд а потім кип'ятити.

Персонал

1. Допоміжний персонал мусить мати не менш двох змін халатів, хустинок та ковпаків (головних), завжди бути в чистому спецодязі.

2. Нігті коротко обрізувати, перед роботою і після користування вбиральнею мити руки обов'язково щіткою з милом.

3. Не менш одного разу на місяць бути на медогляді.

4. Обов'язково провадити протитифові прищепки.

5. Провадити обслідування на бацилоносіння.

IV. Їдальня

1. Столи в їдальні обов'язково покрити цератою, перед початком їжі добре витерти чистою вогкою ганчіркою.

2 Брудний посуд з рештками їжі негайно прибирати зі столу та мити його (посуд).

3. Після їжі столи добре мити гарячою водою з лугом.

4. В їдальні поставити плювальниці з водою або дезінфекційним розчином (5% розчин карболової кислоти).

5. Поставити умивальники, розраховуючи 1 грант на 8-10 осіб, з милом і рушником.

V. Заходи проти розповсюдження мух

1. Добре прибирати майдан від покидьків.

2. Охайно утримувати вбиральні, дезінфекувати пахучими речовинами (карболка, хлорне вапно, тощо).

3. Охайно утримувати сміттєві скриньки, робити герметичні стіни, дахи, дна.

4. Охайно утримувати помийну яму. Чистити люки, заливати хлорним вапном, влаштовувати щільні покришки тощо.

5. Охайно утримувати приміщення для тварин стайні, коровник, кролятник, птахівник, щоденно їх чистити від сміття, гною, правильно в таткувати стоки й закриті приймальники для рідких нечистот.

VI. Заходи проти мух, що залітають у приміщення.

1. Накривати всі продукти густою граткою або чистими покривалами. Добре мити зараз же після їжі всі столи. Негайно мити ввесь посуд, що з нього користували. Мити підлозі після роботи, підчас роботи негайно прибирати розлиті або розкидані на підлогу харчові продукти.

2. Розстилати папір з отрутою: формалін — 3-5 крапель на шклянку солодкуватої води з молоком.

226. Типовий розпорядок роботи в школах ФЗУ

Народній Комісаріят освіти, Народній Комісаріят охорони здоров'я, ЦК ЛКСМУ, Уповноважений Нар. Комісаріяту важкої промисловости, Народній Комісаріят легкої промисловости, встановлюють такий розпорядок роботи шкіл ФЗУ:

1. Початок навчання в школах ФЗУ встановити не раніше 7-ої години ранку.

2. Встановити на день 4 лекції з теоретичного навчання і 3 години 20 хвилин виробничого навчання. Кожна лекція з теоретичного навчання в даній зміні має тривати 45 хвилин, у вечірній — 40 хв.

Між лекціями встановити перерви від 5 до 10 хв., а поміж другою й третьою лекціями від 10 до 20 хв. Заборонити всякі здвоювання лекцій та усунення перерв між ними.

У виробничому навчанні запровадити 10-ти хвилинну перерву після півторигодинної праці. Забезпечети між першою та другою зміною перерви не менші, як на півгодини для прибирання та щоб провітрити приміщення.

3. Лише в поодиноких випадках, відповідно до ухвали ЦК ВЛКСМ з 4-го листопаду 1931 р. про організацію оздоровлення праці робітничої молоді, з дозволу відповідних керівних органів НКО, НКОЗ, ЛКСМУ та урядництва або госп. об'єднання, у віданні якого перебуває заклад, пристосувати, як тимчасовий виняток, чергування теоретичного й виробничого навчання через день. У цих випадках:

а) у день теоретичного навчання мають бути 8 лекцій по 45 хв. кожна для денної зміни і 40 хв. для вечірньої зміни. Перерви між лекціями від 5 до 10 хв., що фактично не перебільшить семигодинного робітничого дня;

б) у день виробничого навчання праця продовжується 6 годин з перервами по 10 хв. після двох годин праці.

4. За двозмінної роботи в школі все навчання й робота учнів мусить закінчуватись не пізніше 10 г. вечора. Після 10 г. вечора заборонити які б то не було заняття або збори учнів у приміщенні. Осіб, винних у припущенні нічних робіт для учнів, притягати до суворої відповідальности.

5. Усі види навчання (лекції, лябораторна робота, консультації, конференції, виробниче навчання) треба провадити згідно з твердо визначеним розкладом.

6 Завідатель навчальної частини повинен опрацювати чіткий і сталий розклад теоретичного навчання, забезпечивши в ньому цілковиту послідовність проходження теоретичного матеріялу згідно з програмами. Розклад треба будувати з правильним науково-педагогічним чергуванням трудних і легких лекцій.

7. Розпис треба складати і точно його виконувати протягом накресленого для нього проміжку часу.

Заборонити, як иравило, замінювати одні лекції, визначених у розкладі, на інщі не можна пристосувати сполучення двох і більше груп підчас лекцій; конференцій і т. інш.

8. Провадити, як правило, щотриместрові чергування денних і вечірніх змін через п'ятиденку або в крайньому разі через декаду.

9. Організувати розпорядок шкільного навчання змін, розклад тощо, обов'язково взяти на увагу особливості відвідування школи учнями, що живуть на великій віддалі від школи.

10. Влаштувати спеціяльну кімнату відпочинку з відповідними устаткування ми для культурно-побутового обслугування учнів, що чекають на потяг.

11. Завдання, що учні мають опрацювати поза школою, обмежити так, щоб тривалість роботи не перевищувала 8 год. на декаду. Напередодні вихідного дня будьяких завдань додому не давати.

12. Зобов'язати завідателів шкіл під їхню особисту відповідальність забезпечити в школі виконання основних вимог з гігієни праці та техніки безпеки, зокрема:

а) запровадити регулярне протягове провітрювання приміщення під час перерви і інш. та відповідно влаштувати й поліпшити вентиляцію;

б) забезпечити достатню кількість вмивальників у школі та майстернях, пильнуючи, щоб учні регулярно вмивались перед їжею й після виробничого навчання;

в) забезпечити школу фонтанчиками пити воду;

г) школа повинна виконати основні вимоги гігієни робітного місця й приміщення, особливо в навчальних майстернях — поліпшити освітлення, забезпечити робітні місця відповідно до особливостей підлітків (розміри, та інш) та організувати сховища струментів, спецодягу тощо.

Стежити за виконанням учнями гігієни робітничого місця, надавши відповідні інструкції викладачам та інструкторам.

ґ) зобов'язати школи, щоб вони, виготовлюючи меблі для учнів (парти, стільцяі столи), додержувати основних принципів шкільної гігієни, зокрема, не припускаючи стільців, що не мають спинок;

д) будуючи нові приміщення, треба особливу увагу звернути на виконання гігієнічних умов (освітлення, вентиляцію, каналізацію, влаштування роздягалень, душів тощо). Обов'язково збудувати залю фізкультури:

е) у школах повинні бути для учнів роздягальні з відповідною пропускною спроможністю;

є) школа повинна забезпечити учням спецодяг та організувати прання його. Заборонити учням ходити в спецодязі в приміщенні, де відбувається теоретичне навчання.

ж) закріпити за кожним учнем робітні місця у навчальних майстернях і на виробництві;

з) клясні кімнати, що не мають характеру лябораторій, закріпити за певними групами.

14. Провадити технічне нормування праці у виробничому навчанні, брати на увагу вікові особливості підлітків.

15. Лікарський персонал повинен провадити систематичний медичний огляд учнів і санітарно-гігієнічного стану школи. Забезпечити організаційний звя'зок школи з медичними закладами, що їх обслуговують, періодично ставити звіти останніх перед школою.

Громадська робота.

16. Впорядкування всього розпорядку роботи школи ставить одночасно завдання ґрунтовно поліпшити організацію громадської роботи учнів. Поєднувати навчання з виробничою працею треба на такій основі, щоб усю громадсько виробничу працю учнів підпорядкувати навчально-виховним потребам школи (з постанови ЦК БКП(б). Даючи учням громадські навантаження, треба брати на увагу їхні вікові особливості.

17. Щоб громадські навантаження учнів були нормалізовані, треба точно додержувати таких засад:

а) у школі повинен бути єдиний плян усіх організацій;

б) треба визначити чіткий календар усіх засідань і зборів;

в) навантаження учнів лінією заводських організацій мусить регляментувати і вирішуватись в розумінні з відповідними навчальними й громадськими організаціями школи.

18. Домогтися. щоб усіх учнів залучити в громадську роботу та рівномірно розподілили між ними громадське навантаження, рішуче усунувши факти явного перевантаження громадською роботою. Навантажуючи учнів громадською роботою, треба зважити на специфічні соціяльно-побутові умови учнів, що живуть на віддалі та приїжджають до школи потягом.

19. Кожний учень може мати (на кожний даний відтинок часу) не більш, як одну виробничу навантагу в школі або поза школою.

20. Розподіляючи громадську роботу, брати на увагу інтереси підлітків (маючи на увазі потребу правильно скерувати також і індивідуальні здібності)

21. Загальне навантаження учнів усіма видами громадськ. роботи (виконання різних гром. завдань, збори, засідання в школі та поза школою) повинно не перевищувати 6 год. на декаду, а на день не може перевищувати 1 годину.

22. Кількість засідань і зборів звести до мінімуму з тим, щоб кожному учневі довелося брати участь не більш, як у двох зборах протягом декади. Кожні шкільні збори треба точно регляментувати та щоб їхня тривалість не перевищувала двох годин.

Побут і дозвілля.

23. У вихідні дні категорично заборонити які б то не було заняття, збори, засідання та інш. У ці дні треба організувати колективний культурний відпочинок учня (прогулянки, екскурсії, різні види фізкультури), запобігаючи перевантаженню учнів

24. Школа повинна організувати позашкільний час учня так, щоби цей час сприяв комуністичному вихованню учня й виконанню основних завдань школи, додержуючи основних вимог щодо правильного навантаження учня й домагаючись забезпечити достатнє перебування учня на вільному повітрі.

25. Завідателі шкіл зобов'язані встановити по гуртожитках чіткий режим, що сприяв би поліпшенню фізичного здоров'я та його комуністичному вихованню. Треба передбачити основні гігієнічні норми й вимоги, що стосуються побуту. У гуртожитках обов'язково чітко забезпечити організацію культурного відпочинку (фізкультура, робота в червоних кутках тощо).

26. Забезпечити для учнів гуртожитків організацію спеціяльних червоних кутків.

27. Забезпечити постійну участь викладачів і інструкторів в обслуговуванні позашкільного часу у гуртожитках.

28. Вважати за потрібне, щоб учні ФЗУ не жили в тих самих гуртожитках, що й дорослі робітники.

29. Завідателі шкіл повинні скласти умови з заводськими організаціями харчування про утворення при школі буфетів для користування підчас перерв. Треба також домогтися організації гарячих сніданків для учнів.

30. Під час відпустки зорганізувати відпочинок учня: влітку — розгортати літні оздоровні табори, узимку — лижви, ковзанки і т. інш.

Народній Комісар охорони здоров'я — **Канторовіч.**

Заст. Народнього Комісара освіти — **Канцелярський.**

ЦК ЛКСМУ — **Жежеря.**

Пом. Упов. НВП СРСР при РНК УСРР — **Шуклін.**

Заст. Народнього Комісара легкої промисловости — **Цуцульковський.**

(Об. лист НКОЗ, НКО, ЦК ЛКСМУ, УпНКВП і НКЛП з 1 листопада 1932 року).

ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНА ЧАСТИНА

227. Про оголошення частини м. Чернигова республіканським курортом.

На підставі арт. 22 Устави про Українську курортну управу в редакції постанови ВУЦВК і РНК УСРР з 13|VIII-1930 р. (З. З. УСРР 1930 р. ч. 18, арт. 177) НКОЗ УСРР та Київським облвиконкомом постановив:

1) оголосити частину м. Чернігова Київської области в нижчезазначених межах курортом республіканського значення і передати його у відання Української курортної управи;

2) територію курорту частини м. Чернігова визначити в таких межах:

а) з півночі: вулиця Ласаля, вул. Стороженка та шлях на Бобровицю; б) із заходу: Червоноармійська вул. в) із сходу: рівчак Бобровицького радгоспу Укрмолокотресту; г) з півдня: лука, що прилягає до правого берега р. Десни.

(Пост. НКОЗ УСРР з 15 серпня 1932 р. — Зб. Узак. УСРР 1932 р. ч. 26—27, арт. 166).

228. Про застосування нових видів перев'язувального матеріялу.

До всіх облздороввідділів і завідателів філій ВАУ.

Копія:—до ЦК УЧХ та НКОЗ АМСРР.

Відсутність достатньої кількости перев'язувального матеріялу, головно, лігніну, бавовни—поставило питання про заміну їх чим-небудь іншим.

Потреба в бавовні та лігніні широко зростає: вироблювання ж їх хоча й збільшилося, але не може задовольнити потребу в них.

Досвід минулих років довів, що найкращим для заміни бавовни та лігніну є торф'яний мох (*сфагнум*).

Мох-*сфагнум* розповсюджений у багатьох місцях нашого Союзу. На Україні мох є на Чернигівщині, Київщині, Волині і т. інш. Збирати мох надзвичайно легко.

Серед головних складових частин мох має, крім клітини, білкової речовини, мінеральних солей, ще фенолоподібну речовину, що править за антисептичний засіб—це сфагноль.

Розповсюджений мох майже по всьому Союзу, легкість здобувати здешевило його вартість.

Кгр. сухого моху	коштує	—50 коп.
„ бавовни	„	— 3—30 „
„ лігніну	„	— 1—05 „

Застосування моху замість бавовни, легніну, крім того, що полегшує брак перев'язувального матеріялу,—сприяє також заощадженню чималих коштів.

Торфяного моху, як дешевого та легко приступного перев'язувального матеріялу, вживають багато років.

Щоб відновити вживання моху в хірургічній практиці та водночас перевірити можливість і доцільність вживання його в світлі досягнень сучасної хірургії, НКОЗ зорганізував 1931 року спеціяльну комісію, на яку поклав організацію збирання та постави досвіду вживання його і вивчення наслідків.

Мох розповсюдили по багатьох лікарнях (понад 100), витрачено було його близько 10 тонн.

З матеріялів, що є в розпорядженні комісії, можна скласти висновок: мох сфагнум для вживання в хірургіяній практиці замість бавовни, лігніну—цілком придатний та доцільний.

Мох сфагнум застосовують в хірургічній практиці—обгортаючи його в прошарок марлі 1—2 рядків, або в 1—2 листки лігніну, або в калитки з будьякої тканини. Ці подушки слід робити різних розмірів. **Подушки ці треба стерилізувати.**

Уживати мох-сфагнум можна й інших видів та гатунків, як підстелювальний матеріял, для тяжко-хворих, собливо для хворих з великим гноєвиділенням.

Народній Комісаріят охорони здоров'я та хірургічна секція Науково-Медичної Ради НКОЗ рекомендують усім лікарям-хірургам, усім головлікарям лікарень почати вживання моху в хірургічній практиці.

За кращі наукові роботи з мохом, за доцільні рацпропозиції, що до поліпшення засобів вживання його Наркомздоров'я встановлює преміювання.

Мох потрібною кількістю можна діставати з аптсклепів усіх філій „ВАУ".

По матеріяли, довідки тощо належить звертатися на таку адресу: Харків (12), Ярославська вул. № 5, Всеукраїнське Аптекоуправління—комісії у справах уживати мох.

Народній Комісар охорони здоров'я **Канторовіч.**

Голова хірург. секції Вченої Медичної Ради **проф. Шамов.**

Голова комісії моху **Пельц.**

(Об. розп. НКОЗ № 3102 з 24 жовтня 1932 р.)

III. Із діяльности Наркомздоров'я, його управлінь і секторів

1. Плян розвинення фізкультури на другу п'ятилітку

Колегія Наркомздоров'я схвалила недавно плян розвитку фізкультури та участь у ній органів охорони здоров'я.

Колегія схвалила, що другої п'ятилітки фізкультура збере ще більше місце в системі комуністичного виховання та перевиховання трудящих мас. Зокрема великої ваги набуває фізична культура, як масовий оздоровний захід, що мусить забрати велике місце в діяльності органів охорони здоров'я.

Отже плян передбачає другої п'ятилітки охопити оздоровними заходами великі маси фізкультурників.

Лікарським контролем ухвалено охопити на кінець п'ятилітки таку кількість:

Робітників провідної галузі промисловости	922.000 ч.
Робітників інших галузей промисловости	530.700 „
Інших застрахованих	1.300.000 „
Студентів	350.000 „
Шкільного віку	7.000.000 „
Дошкільного віку	750.000 „
Переддошкільного віку	1.000.000 „

У системі санаторно-курортової справи та робітничого відпочинку плян передбачає охопити лікарським контролем на кінець п'ятилітки таку кількість:

Робітників провідної галузі промисловости . . .	72.000 ч.
Робітників інш. галузей промисловости	95.000 „
Лінією соцсектора села	215.200 „

Кількість охоплюваних лікарським контролем в системі масового робітничого відпочинку становитиме на кінець другої п'ятилітки таке:

Робітників провідної галузі промисловости	1.800.000 ч.
Робітників інш. галузей промисловости	3.000.000 „
Лінією соцсектора села	550.000 „
Колгоспників	540.000 „
Дітей .	2.800.000 „

Масову фізкультурну та санкультурну роботу провадитимуть при будинках санкультури, де влаштовуватимуть бесіди, лекції, листівки, роботу через пресу, радіо, кіно, тощо. Тут же існуватимуть курси фізкультури для фізкультурників.

У системі лікувально-профілактичних установ передбачається організовувати при єдиних диспансерах фізіо-терапевтичні майданчики із соляріями, аераріями та приладами для фізкультурних вправ.

Науково-дослідчу роботу в галузі фізкультури передбачено зосередити в державному інституті охорони здоров'я, де утворюється науково-дослідчий центр в справах фізкультури.

Відповідно до вищенаведеного треба лінією охорони здоров'я розгорнути мережу лікарських кабінетів — 90 кабінетів першого типу, що зможуть перепустити понад 2,5 мільйони чол., 270 кабінетів другого типу із пропускною спроможністю на 4.663.000 ч. Далі потрібні 3420 корегувальних кабінетів, що зможуть перепустити 75.000 ч. на рік.

От такими засобами можна буде охопити понад 12 мільйонів фізкультурників на рік.

На забезпечення наведених заходів потрібна чимала кількість підготовлених людей: 170 наукових робітників та 450 інших.

2. Про основні принципи реорганізації вищої медосвіти

Відповідно до постанови ЦВК СРСР з 19 вересня 1932 р. вища медична освіта зазнає чималої реорганізації.

Щодо профілю лікаря, то, ураховуючи ряд обставин, як ускладнення завдань лікаря в умовах радянської здоровоохорони, підвищення вимог трудящих мас до радянського лікаря, потребу дійсно набагато піднести рівень здоровоохорони, колегія висловилася за те, щоб до лікаря на найближчий уже час поставити такі вимоги:

а) Лікар повинен мати серйозну наукову підготову, бути обізнаним на фізико-хемічних та біологічних науках такою мірою, щоби розуміти закони, що є в основі біологічних процесів.

б) Лікар повинен опанувати суму теоретичних і практичних медичних знань, що потрібні для самостійної лікарської діяльности з того або того фаху.

в) Лікар мусить озброїтися діялектично,— матеріялістичним мисленням, потрібним для правильного розуміння взаємовідносин між організмом та його оточенням.

Звичайно, для цього насамперед треба піднести якість самого навчання по всіх медВИШ'ах і медтехнікумах, відмовитись од колишніх короткотермінових курсів і навчань. Водночас за першу справу є піднести рівень загально-освітніх знань студенства. Ось чому на перших двох курсах учбових закладів організовуватимуть спеціяльні гуртові заняття з математики, літератури, укрмови латинської мови тощо). Ці заняття стають обов'язковими для непідготовлених студентів.

Прагнучи обмежити підготову окремих вузьких фахів, колегія висловилася за те, щоб установити найближчого часу такі профілі підготови лікарських кадрів:

1) Санітарно-профілактична група:
 а) загально-санітарний лікар,
 б) лікар-епідеміолог
 в) лікар-житлокомунальник,
 г) лікар санітарно-харчовий,
 д) промислово-санітарн. лікар,
 е) лікар санфізкультури.
2) Лікувально-профілактична група:
 а) лікар-психоневролог,
 б) стоматолог.

3) Група охорони материнства й дитинства:
 а) лікар-педіятр (з двома ухилами; охмолод, ОЗДП);
 б) лікар ґінеколог-акушер,
 в) лікар-педолог.
4) Ляборaторна група (два факультети):
 а) сан.-бактеріолог, — На цих факультетах підсилюється
 б) клін.-діагност. загальна медична підготова.

Навчальні пляни та терміни навчання. У цій справі колеґія висловилася за те, щоби навчальні пляни переглянути під поглядом виконання постанови союзного уряду посиливши викладання спеціяльних дисциплін та скоротивші дрібні дисципліни. Звичайно, поруч обов'язкових дисциплін можуть заводити (за рекомендацією) окремі доцентські курси залежно від можливости, що має той або той інститут.

Терміни навчання встановлюється такі:
1. Для лікувально-профілактичних факультетів . . . 5 років
2. Для факультетів ОХМД 5 „
3. Для психо-неврологічного факультету 5 „
4. Для стоматологів 4 роки
5. Для лікарів педологів $4^1/_2$ „
6. Для санітарної групи всіх ухилів $4^1/_2$ „
7. Для ляборaторної групи 4 „

Виробничий практикум з вирішення колеґії мусить стати складовою частиною навчання студентів, маючи завдання стати глибшим та пов'язаним із теоретичним навчанням. Виробничий практикум провадиться поруч посилення практичних годин дисциплін навчального пляну.

Виробничий практикум провaтидиметься на всіх факультетах, але починатимуть його не раніше третього року навчання, збільшуючи виробничий практикум на старших курсах. Терміни тривалости практикуму треба переглянути в розумінні зменшення їх коштом збільшення роботи на катедрі.

Методи викладання цілком індивідуалізуватимуть згідно з постановою Союзного уряду відповідно до умов кожної окремої дисципліни Методи викладання мають забезпечити індивідуальну та самостійну роботу студентів за активної допомоги та керівництва від професорів і викладачів.

Відповідальність за якість продукції, за знання кожного окремого студента несе завідатель катедри. Професори та викладачі зобов'язані не лише вчити але також навчити кожного студента.

Відкидаючи ляборaторно-бриґадну методу в її теперішній формі, колегія ухвалила встановити локційно-семінарійну систему, забезпечивши в ній відповідну питому вагу практичним заняттям і ляборaторії, а водночас і виробничому навчанню.

Отже, увесь педагогічний процес складатиметься з таких складових елементів. лекції, семінари, практичні заняття в ляборaторії та клініці, виробничий практикум, облік знань і, нарешті, організована консультація поза навчальними годинами. Лекції повинні стати органічною частиною педагогічного процесу, через що їм приділять значне місце у робітному пляні.

3. Найважливіші питання поточної роботи

(Із матеріялів Всеукраїнської наради з питань орґроботи 28-29 жовтня 1932 р.).

Од редакції: 28-29 жовтня п. р. відбулася Всеукраїнська нарада з питань орґроботи, що обговорила найважливіші моменти поточної роботи. Це була перша така нарада з часу утворення облздороввідділів. Отже, нарада мусила дати Наркомздоров'я поперше — найпевнішу уяву про стан роботи на місцях, а подруге, опрацювати конкретні заходи на виправлення помічених хиб роботи.

Наводимо тут стислі дані про питання, що обговорювалися на нараді та постанови, що ухвалила вона. Ці постанови вже затвердив Народній комісар охорони здоров'я т. Канторовіч.

А. Про перебіг конкурсу на кращу лікувально-профілактичну установу

Нарада констатувала, що запровадженню конкурсу належну увагу приділив один тільки Дніпропетрівський облздоровввідділ, що в цій справі організував ряд досить дійних заходів як відрядження бриґад на периферію, радіо-переклик співучасників конкурсу, спеціяльний вело-перебіг, ряд викликів співучасників конкурсу на доповіді, участь у конкурсі місцевої газети тощо. Наслідком цього було те, що на Дніпропетровщині ввімкнулися в конкурс понад 50 установ.

Гірше розгорнули роботу у Вінницькій області, де кількість спільників конкурсу становила лише 14 одиниць. Проте, вже на нараді виявилося, що облздоровввідділ спільно з облкомітетом Медсантруд, відрядили на місця 17 робітників ОЗВ і 5 представників спілки, щоб домогтися ширшого втягування медсанустанов периферії в конкурс.

На Одещині провели лише підготовну інструктивну роботу (теж геть недостатню), виділили деякі місцеві кошти на премiювання учасників конкурсу й на цьому ніби заспокоїлися. Нарада визнала роботу одеських органів охорони здоров'я та спілкових організацій за недостатню, а оперативне керівництво за незадовільне. На нараді виявилося, що ні облздоровввідділ, ані спілковий облкомітет не мають жодних даних про кількість і склад учасників конкурсу.

У Донецькій області ввімкнулися в конкурс лише окремі установи 7 районів, робота перебігала там самопливом, без будьякого керівництва від облЗВ.

Зовсім незадовільно стоїть справа на Харківщині та Київщині, де обздороввідділи поставилися до цієї справи цілком байдуже. За це керівникові Київського облЗВ висловлено зауваження

Нарада визнала за потрібне, щоб решту часу, яка залишилася до скінчення терміну конкурсу, роботу посилити за всяку ціну. Для цього місцеві органи здоровоохорони та спілкові організації дістали пропозицій відрядити на місця бригади, щоб найбільше втягти в конкурс найкращих медустанов і провести належну масову роботу. До закінчення терміну конкурсу місця і повиннбули двічі інформувати НКОЗ та ВУК спілки про перебіг конкурсу.

Згідно з постановою наради матеріяли в справі конкурсу по установах снов утвореної Чернігівської области повинні подати ті облздововвідділи, яким досі належали райони, що з них складається тепер Чернигівська область.

Б Стан комплектування апаратів обздороввідділів, міських і районних здоровінспектур. Питання організаційного керівництва.

Нарада визнала, що кількісне комплектування штатів облздоровввідділів в основному вивершено. Що ж до якости, то, зваж ючи на наявність чималої кількости робітників, що сполучують посади, тут справа стоїть не зовсім гаразд.

Облздоровввідділи досі не забезпечили потрібного організаційного зміцнення районних апаратів. Хоча в справі заміни непридатних інспекторів охорони здоров'я зробили чимало (зокрема на Вінничині замінили 19 РЗІ, на Одещині — 14, Дніпропетровщині — 12, тощо), проте, цієї роботи недосить, бо, наприклад, інститут позаштатних інспекторів, а також кадр потрібних технічних робітничих РЗІ (статистики, діловоди, тощо) існує лише як виняток по окремих областях (наприклад, Вінницька).

Так само зовсім незадовільно стоїть справа щодо зв'язку з районами. Найгірша вона в Донбасі.

Правильну ініціятуву виявили Дніпропетрівський та Вінницькій облздоровввідділи, що спромоглися провести через директивні інстанції дуже важливі постанови в справах охорони здоров'я зокрема щодо матеріяльно-побутового стану медперсоналу, щодо зобов'язання РВК погоджувати з облЗВ переміщення райздоровінспекторів тощо). Нарада запропонувала й решті облЗВ провести такі саме заходи й домогтися в себе аналогічних постанов.

Згідно з постановою наради за першочерговий обов'язок облЗВ є якнайскоріше зміцнити апарати райздоровінспектур і напрямком призначення позаштатних інспекторів, і запрошення технічних робітників. Для останніх, зважаючи на брак підготовлених робітників, нарада доручила облздоровввідділам організувати відповідні курси для підготови рахівничих і статистичних робітників, виділивши потрібні асиґнування на оплату цих робітників та домогаючись, щоби в бюджети районів включили асиґнування й на новий рік. Цю роботу в основному облЗВ повинні закінчити до 1 січня 1933 року.

Щоби забезпечити потрібний контакт між НКОЗ та облздоровввідділами в справі комплектування обл сних апаратів, облЗВ надалі повинні про всі зміни в керівному та інспекторському складі негайно сповіщати НКОЗ Нарада звернулася до НКОЗ з клопотанням поставити перед ВУЦВК'ом питання реорганізувати районні та міські інспектури охорони здоров'я на відділи, бо за теперішніх дуже складних умов керівництва справою здоровоохорони, — обсяг функцій, що офіційно належать інспектурам, не відповідає фактичним завданням справи охорони здоров'я.

В. Втілення в роботу медсанустанов 6 настановлень т. Сталіна. Застосування засад соцзмагання, ударництва, преміювання та інш. соціялістичних форм праці.

Доповіді представників облЗВ, та матеріяли, що має НКОЗ, доводять, що в справі втілення в роботу медсанзакладів настановлень т. Сталіна, вглиблювання соціялістичних форм праці, розвинення справи шефства — є окремі досягнення. Проте досі не відчувається на місцях певного керівництва і від облЗВ і від обласних комітетів спілки медсантруд. Особливо негаразд щодо обліку самого розвитку, й наслідків втілювання настановлень т. Сталіна, а також соціялістичних форм праці.

Отже нарада доручила оргконтрольному управлінню НКОЗ спільно з ВУК'ом опрацювати протягом найкоротшого часу форми обліку та надіслати ці форми областям. Місцеві органи повинні й собі опрацювати свої конкретизованіші форми обліку, збирати, не рідше, як один раз на квартал, відповідні кон'юктурні дані, з районів та в підсумованому вигляді подавати до НКОЗ і ВУК'у спілки МСТ.

Згідно з постановою наради НКОЗ та ВУК повинні піднести клопотання перед ВУРПС'ом та ЦКК НК РСІ, щоби всі органи профспілок та РСІ на місцях допомагали розвиненню шефства промпідприємств над медсанзакладами. Протягом наступних двох місяців НКОЗ та ВУК проведуть виборкову перевірку стану втілення соціялістичних форм праці серед медробітників.

Г. Про стан контролі викона ня.

Нарада відмітила, що останнього часу в справі організації контролі виконання подекуди на місцях, зокрема по Одеській, Вінницькій та Дніпропетрівській областях — є помітне зрушення, а в Донецькій та Київській областях у цій справі нічого не зробили. Водночас виявлено, що облЗВ зовсім не виконують настановлень НКОЗ щодо перевірки виконання найголовніших заходів охорони здоров'я.

Отже нарада запропонувала Київському та Донецькому облЗВ під особисту відповідальність їхніх керівників негайно утворити в себе оргконтрольні бюра, забезпечивши їх одним або двома звільненими від інших навантажень робітниками.

Оргконтрольне управління НКОЗ дістало від наради доручення погодити з ЦКК надсилку до обласних КК РСІ (копії до облЗВ) директив про реорганізацію оргконтрольних бюр при облЗВ на сектори, про утворення штатних посад інструкторів — контрольорів у таких областях, де її

немає (Одеса, Київ), про те, щоб звільнити від сполучень тих робітників, що працюють тепер в оргконтрольних бюрах та інш.

Д. Про повернення приміщень колишніх лікустанов, перебіг ремонтів та обладнання.

Більшість облЗВ досі не забезпечила належного конкретного керівництва, щоби на місцях зберігли наявний фонд приміщень мережі охорони здоров'я та провадили своєчасне ремонтування цих приміщень.

Ось чому нарада доручила всім облздороввідділам на виконання директиви НКОЗ негайно ж зняти перед відповідними облвиконкомами питання, щоби повернули відібрані приміщення, які будьколи перебували в користуванні органів та установ охорони здоров'я. Водночас місця повинні клопотати про передачу органам охорони здоров'я приміщень звільнених будинків, манастирів, палаців, що можна використати для організації нових лікувальних та санаторно-курортних закладів.

Надалі облздоввідділи повинні доручити справу нагляду за зберіганням наявного фонду та поверненням приміщень окремому співробітникові. Взагалі-ж облздоровввідділи повинні мати в себе найточніший облік і реєстр випадків відібрання приміщень, а також заходів до повернення цих приміщень.

Е. Про матеріяльно-побутові умови медробітників та заходи їх поліпшити ці умови.

У наслідок постанови ВУЦВК'у та РНК про поліпшення матеріяльно-побутових умов медперсоналу на місцях спостерігається значне поліпшення справи постачання медробітникам, що живуть у містах та промислових районах. У сільських районах ця справа стоїть багато гірше. Звідси частенько випливають випадки плинности персоналу, що подекуди набирають надто прикрих розмірів.

Нарада відзначила, що Дніпродетрівській області впертими зусиллями домоглися кращих наслідків в цій галузі ніж по решті областей. Отже всім облЗВ доручено негайно поставити в ОВК питання про конкретні заходи поліпшити матеріяльно-побутові умови медперсоналу. облЗВ повинні використати дуже вдалу спробу Донеччини, де справу постачання медробітникам спеціяльно обговорювали на обласній нараді райпостачвідділів. Обласні організації повинні водночас ширше розвивати господарчі заходи (самозаготівлі, кролівництво, городництво тощо), на поліпшення умов медперсоналу.

Нарада обговорила ще питання про підготову місць до святкування XV-річчя Жовтня. Виявилося, що цю роботу на місцях провадили загалом задовільно. Проте, за чималу хибу править брак відомостей про перебіг цієї роботи по районах.

Отже нарада рішуче запропонувала прискорити збирання всіх потрібних відомостей про те, як відзначили на місцях XV роковини Жовтня, як і кого преміювали, які нові установи відкрили до свят та інш.

У нараді брали участь представники ОблЗВ та облкомітетів спілки Медсантруд, яких запросив НКОЗ на нараду. Найближчі обслідування, що провадитимуть представники НКОЗ та ВУК'у, якнайближче зачіплюватимуть перевірку виконання постанов наради.

Варто відмітити, що на нараду ще не прибули представники облздоровввідділів Київщини та Харківщини.

4. Премії та нагороди найкращим медробітникам Дніпробуду

(*Розпорядження Народнього Комісара охорони здоров'я СРСР—тов.* **Канторовіча** *з 25 жовтня 1932 року*)

У лавах героїчних, відданих пролетаріяту, його партії та радвладі будівників великої Дніпровської гідро-електростанції—робітників, інженерів і техніків, що на визначений час закінчили велетенське будівництво, пліч-о-пліч, нога в ногу самовіддано й зі всією енергією ввесь час працювали й працюють медично-санітарні робітники Дніпрельстану.

Зусиллями медсанорганізації з невеликої колись мережі утворено велику розгалужену систему охорони здоров'я, щільно пов'язану зі всім виробництвом, що ураховує його особливості та вимоги, так само, як і потреби самого робітництва.

Відзначаючи велику сумлінну роботу всієї медсанорганізації Дніпробуду, висловлюю подяку всім робітникам і службовцям МСУ та всієї його мережі, і окремо відмічаю діяльність Троїцького Миколи Васильовича, кол. головного лікаря медсанвідділу, який працював на початку будівництва і домігся доброї постановки медсанзакладів будівництва, за що його ЦВК СРСР нагородив орденом Трудового Червоного Прапору, і висловлюю лік. Троїцькому щиру подяку.

Щодо решти т.т., що найбільш відзначилися своєї роботою на будівництві,—наказую:

1. **Начальника МСУ** — т. Славіна, **секретаря партосередку** т. Білошистого, лікаря т. Берліна преміювати місячним відрядженням по СРСР для ознайомлення з постановою охорони здоров'я в промцентрах і на нових будівництвах.

II. Лікарів:

1) Зільберштайна	6) Давидова
2) Могильного	7) Артеменко
3) Дрейзіна	8) Вольпіна
4) Ямпольського	9) Амханіцького
5) Геоселева	

преміювати науковими відрядженнями в межах Союзу на $1^1/_2$ місяці кожного.

III. Лікпомів і сестер:

1) Козіна
2) Шамраєву
3) Печенпкову
4) Печеника
5) Кривецкер
6) Шасткевіч
7) Дудченко
8) Ястребова
9) Щербіну
10) Кравченко

преміювати місячним відрядженням до промцентрів для ознайомлення із роботою з охорони здоров'я,

ІУ. а) Санітарів і санітарок:

1) Попандопуло
2) Антоні
3) Лохматову
4) Безклепіну
5) Москаленко
6) Панасенко

б) Вбиральниць

1) Горбову
2) Невинну
3) Турову
4) Кутік
5) Колесніченко

в) Лікпома тов. Резвого. **г) Дезінфектора**—т. Казан. **д) Дезінсектора**—т. Сусареву. **е) Економку**—т. Федоренко. **ж) Сестру**—т. Давидову. Няню—т. Герц. візника—т. Лотвіна, пралю—т. Телепко, машиніста—т. Полоз **преміювати** грішми сумою місячного окладу зарплати.

Т.т. Цукер, Тукель, Казеву, Коноваленка, Слепян, Лушковського, Кілесо, Негрієнко, Богданову і Донченко **взаміювати** подорожжями до курортів та санаторій.

Фінансовому сектору пропоную виділити потрібні для сплати вартости премій—15.000 крб.

Народній Комісар охорони здоров'я УСРР—**Канторовіч.**

5. Нагороди кращим

Одеський масовий робітничий університет охорони здоров'я, що його утворено першим на Україні, протягом $1^1/_2$ роки провів значну роботу в справі підготови масових кадрів охорони здоров'я і до 15 роковин Жовтневої революції випустив 120 підготовлених слухачів, які вже тепер притягуються до практичної роботи.

За енергійну та настійну роботу в справі підготови масових кадрів охорони здоров'я Нарком охорони здоров'я тов. **Канторовіч** висловив подяку і нагородив:

1. Директора університету проф. **Еліха Д. І.** — місячним науковим відрядженням і завідателя науково-методичної частини університету лікаря **Футрана Г. С.**—місячною зарплатою.

6. Привітання й рапорти Наркомздоров'ю

З нагоди XV-річчя Жовтня на адресу НКОЗ УСРР та особисто Наркома тов. **Канторовіча С. І.** надійшло багато привітань і рапортів про значні досягнення в роботі органів та установ охорони здоров'я, про відкриття нових лікарень, санаторій, санітарних станцій*) та інш. та інш.

Є чимало привітань і звертань від робітників і селян, що лікувалися на курортах і по санаторіях.

Не маючи змоги вмістити тут усі привітання, адреси, рапорти, телеграми й листи, ми друкуємо тут лише поодинокі з них.

1. Ми, трудящі Радянського Союзу, хорі, що перебувають на лікуванні в **Київському Психо-Неврологічному Інституті**, зібравшись на урочисті збори з нагоди XV роковин Жовтня, висловлюємо палке пролетарське привітання НКОЗ.

Тільки в умовах Радсоюзу робітники й селяни мають змогу оздоровляти умови своєї праці та зміцнювати своє здоров'я. Ми лікуємося в інституті, який 15 років тому був приватною лікарнею, де лікувалася лише буржуазія.

Тепер ми поновлюємо тут сили, щоби повернутися до виробництва, найкраще виконувати промфінплян та бути активними здоровими будівниками соціялістичного будівництва.

Хай живе Комуністична партія, її Ленінський КК і вождь тов. **Сталін**!

Хай живе соціялістична здоровоохорона—могутній чинник боротьби за соціялізм!

Хай живе всесвітній Жовтень!

Президія зборів.

2. **150 хворих першого санаторія на Бердянському курорті**, підсумовуючи дані соцзмагання між хворими, відмічають справді більшовицьку вперту працю всього санаторного персоналу і висловлюють свою глибоку подяку всім робітникам санаторії.

Ми повертаємося до роботи із зміцнілими силами, готові переможно завершити побудову соціялізму.

Уповноважені від хворих—**Загорулько, Сичов.**

*) Докладні відомості про знов організовані, збудовані та відкриті медсанустанови (відомості про це надходять увесь час) подамо в січневому нумері бюлетеня.—*Ред.*

3. У день XV роковин Жовтня та V роковин існування національного Калініндорфського району село Ерштмайське допомогою Радвлади дістало нової установи охорони здоров'я — відкрили в нас першу аптеку.

Населення села вітає в особі тов. **Канторовіча** радянську владу та дякує їй за цей подарунок.

Голова сільради — (підпис).

4. Колектив робітників та ІТР будівництва дитячої санаторії на Золотому Пляжі (Ялта), підсумовуючи в день 15 роковин Жовтня колосальні успіхи соціялістичного будівництва, грунтуючи свою роботу на засадах соц. змагання та ударництва, зобов'язується перевиконати затверджений плян роботи і щодо термінів, і якости, і зниження собівартости.

Викликаємо на змагання будівництва Гагринської та Кисловодської санаторії:

Нач. будівництва—**Віленко.**
Секрет. партосередку—**Алксніс.**
Голова робіткому—**Урсуленко.**
Головний інженер—**Донер.**
Архітектори—**Естрович, Шарков.**

5. У день XV річчя Жовтня відкрилася **перша на Україні радгоспна медично - санітарна станція (медсанцех) у Одесько-Миколаєвському зернорадгоспі ім. Петровського.**

Партколектив, робітком і колектив медробітників вітають уряд і окремо НКОЗ, що під проводом партії ведуть нас до дальших перемог в будівництві соціялізму.

Від мітингу: Директор ЗРГ—**Балюкевіч.**
Партосередок—**Шапелько.**
Робітком—**Борженко.**
Нач. медсанстанції—**Ровіч.**

У привітаннях і листах од 400 медробітників Чернигівської психіятричної лікарні, колективу Одеського інституту бактеріології, епідеміології та комунальної гігієни, робітників Миргородського курорта, будівельників і персоналу Пущеводицької дитячої санаторії, Чернигівського сан. бактеріолог. інституту, Снігурівського РВК, аптечних робітників м. Києва та багатьох інших—медсанробітники висловлюють свою готовність уперто й віддано працювати на фронті здоровоохорони, виконуючи директиви партії та уряду на основі реалізації 6 настановлень тов. **Сталіна.**

У привітаннях є багато соціялістичних зобов'язань ще вище піднести якість роботи та виконати завдання п'ятирічного пляну охорони здоров'я.

7. Соціялістична допомога Киргизькій республіці

Зважаючи на надзвичайну потребу, що має Киргизький Наркомздоров'я в кадрах, Колегія НКОЗ УСРР ухвалила відрядити зараз у розпорядження НКОЗ КАСРР, згідно з добровільно виявленим бажанням 3 лікарів.

Крім того, з весняного випуску МедВИШ'ів ухвалено надати в розпорядження НКОЗ КСРР ще трьох лікарів і 8 робітників середнього персоналу.

Зважаючи на гостру потребу, що почуває КАСРР в спеціяльних видах меддопомоги, особливо в справі боротьби із злоякісними новотворами, НКОЗ Киргизької республіки надано 2 місця у Всеукраїнському Рентгенінституті.

Доручено медпрофуправлінню та управлінню науки обговорити питання про організацію наукової експедиції до Киргизької республіки в справі боротьби з вензахворуванням.

Український Ендокринологічний інститут дістає розпорядження найтісніше зв'язатися з НКОЗ Киргизії.

Всеукраїнська Аптекоуправа має найтісніше зв'язатися з Аптекоуправлінням Кирреспубліки, надати можливість її НКОЗ придбати той потрібний інструментарій та медикаменти, що виробляються на Україні (за спеціяльною угодою, складеною між двома НКОЗ).

Далі доручено ВАУ з'ясувати можливість використання природніх багатств Киргизької республіки для розведення там плянтацій різних лікарських трав (опій, боби, рицину тощо).

Колегія Наркомздоров'я України звертається до НКОЗ КСРР з проханням допомогти в справі розвитку на Україні кумисолікування.

Колегія ухвалила встановити обмін матеріялами поміж НКОЗ України та НКОЗ Киргизії, а також зв'язок із Киргизькою республікою через медичну пресу, вміщуючи в журналах НКОЗ України статті про стан здоровоохорони в Киргизькій Республіці.

IV. Об'яви та повідомлення

Конкурси

1. Науково-дослідчий Туберкульозний інститут в м. Одесі оголошує конкурс на заміщення посади зав. біо-хемічним відділу інституту.

На конкурс допускатимуть професорів або доцентів.

Умови роботи за згодою.

Особи, що бажають взяти участь у конкурсі, повинні подавати заяви з відповідними документами до 25 грудня ц. р. на адресу Директора Тубінституту: Одеса, вулиця Білинського 19.

2. Харківський Санітарно-гігієнічний інститут оголошує конкурс на заміщення таких вільних посад:

1 штатного асистента катедри Пато-фізіології;

1 професора — З в. катедри Буд. справ,

Заяви подавати на ім'я Директор і Хар. Сан. гіг. інститута. (Харків, вулиця Тринклера № 12).

До заяви слід додати такі документи:

1. Життєопис
2. Свідоцтво про закінчення ВИШ'у.
3. Наукові праці.
4. Рекомендацію від парт. або проф. організації.

Зн ння укрмови обов'язкове.

Останній термін подачі заяв 10 січня 1933 року.

3. Харківський Медичний інститут ім. М. О. Скрипника оголошує конкурс на заміщення таких вільних посад:

1 штатного асистента катедри Терапії Лікпрофаку.

1 штатного асистента катедри Оперативної хірургії.

1 позаштатного асистента катедри Терапії Охматдитфакультету.

3 позаштатних асистентів катедри Шпитал. хірургії

Термін конкурсу з 25 листопада до 25 грудня 1932 року.

Заяви про бажання взяти участь в конкурсі надсилати до Медичного інституту (Харків вул. Карла Лібкнехта № 41).

До заяви треба додати:

1. короткий життєопис;
2. наукові роботи;
3. відповідні документи про службу та громадську роботу.

Анкету можна одержати в канцелярії Мед. інституту.

Увага!

Через те, що бюлетень надсилаємо всім медсанустановам безплатно, адреси й замовлення треба подавати до редакції бюлетеня, не звертаючись до почтових установ.

Адреса: м. Харків, будинок Держпрому, VI під'їзд, 4 поверх.

Повідомість про адресу лікаря Пустовойта

Управління кадрів НКОЗ УСРР просить усі органи та установи здоровоохорони подати відомості про місце перебування лікаря **Пустовойта.**

Цей громадянин, призначений на роботу до МСУ Кривобуду, одержав підйомні гроші сумою 300 карб., до роботи не приступив і зник невідомо куди.

Повідомлення про **Пустовойта** подавати на адресу НКЗдоров'я: (Харків, будинок Держпрому).

ПОКАЗНИК

матеріялів, вміщених у Бюлетені Наркомздоров'я УСРР за 1932 рік.

ОГЛАВ:

I. Директивні етатті й листи.
II. Постанови найвищих органів партії, уряду та професійних спілок.
III. Резолюції та постанови з'їздів, конференцій і нарад.
IV. Положення й статути.
V. Питання раціоналізації, стандартизації та винахідництва.
VI. Організаційно-адміністративні питання.
VII. Медсанбудівництво.
VIII. Кощторисно-фінансові питання.
IX. Постачання медсанмережі.
X. Кадри медперсоналу:
а) облік і розподіл;
б) правні норми;
в) медосвіта та підвищення кваліфікації;
г) побутові умови медперсоналу.
XI. Охорона матерей та немовлят.
XII. ОЗД і П.
XIII. Оздоровлення побуту. Боротьба з епідеміями:
а) боротьба з інфекціями;
б) харчова санітарія;
в) житлова санітарія;
г) саносвіта та преса. Фізкультура;
д) санмінімуми.
XIV. Оздоровлення праці. Промсанітарія.
XV. Медсанобслуговування промисловости (застрахованих).
XVI. Медобслуговування села.
XVII. Медобслуговування військових службовців та окремих груп.
XVIII. Спеціяльні види меддопомоги.
XIX. Курортова допомога. Робітничий відпочинок.
XX. Боротьба з побутовими захоруваннями.
XXI. Фармацевтична справа.
XXII. Громадська самодіяльність. Шефство.
XXIII. Судова медицина.
XXIV. Із діяльности НКОЗ та його секторів.
XXV. Із діяльности наукових інститутів та закладів НКОЗ і РЗІ (доповіді та звіти).
XXVI. Огляд радянського законодавства.
XXVII. Охорона здоров'я за кордоном.
XXVIII. Із досвіду місць.

Н А З В А	Хто ухвалив	№№ бюл.	№№ порядк.
I. Директивні статті й листи НКОЗ.			
За бойові ударні темпи на ударному фронті		1 — 2	1
Наша дальша робота в галузі охорони материнства й дитинства .		„	2
Ударними більшовицькими темпами, дбаючи за якість, чітко підготуймося до весняної сівби 1932 року		„	
Завдання, що на них треба спрямувати увагу		3 — 4	1
Найважливіші завдання в галузі оздоровлення підприємств. .		„	2
Курорти на службу соц. будівництву		„	3
За розгортання ініціятиви та самодіяльности медробітників у галузі вдосконалення справи охорони здоров'я		5 — 6	1
Про видання історії охорони здоров'я на Україні		„	2
Завдання облздороввідділів на першому етапі їхнього існування .		7 — 8	1
З практики підготовки райздоровінспектур в справі медсанобслуговання весняної сільсько-господарчої кампанії 1932 року .		„	2
Новий порядок плянування оздоровних заходів і контролі їх запровадження		11 — 12	1
Найважливіші завдання здоровохорони в світлі директив партії та уряду .		13 — 15	1
Як реалізують шість настановлень тов. Сталіна во 2- робітничій лікарні м. Дніпетровського		11 — 12	2
Головні частки роботи обздороввідділів на найближчий час .		„	2
Теперішня й найближча робота райздоровінспекторів . . .		16 — 17	1
Передплачуйте й розповсюджуйте позику санітарної культури. (Додано директивний лист та інструкцію)		„	2
Розгортаймо санітарно-культурну роботу серед найширших мас трудящих .		18 — 19	1
Про заходи поліпшити побутові умови медробітників		„	2
Завдання охорони здоров'я на кінець першої та початку другої п'ятилітки		20 — 21	1
За краще санітарно-побутове обслуговування робітничих районів .		„	2
Найпекучіші питання поточної роботи органів та установ охорони здоров'я		22 — 24	1
Розвиток справи здоровохорони на Україні на XV-річницю Жовтневої революції		„	2
II. Постанови найвищих органів партії, уряду та профспілок			
Про популяризацію та здійсення постанов III сесії ВУЦВК'у. (Додано витяг із постанови)		1 — 2	8
Про утримування промсанлікарів	РНК	3 — 4	44
Про термін сплати медперсоналові єдиних диспансерів заробітку згідно з постановою НКП з 6-VI 1931 р.	„	„	44а
Про посилення уваги до санітарних заходів і протиепідемічної роботи .	ВУЦВК	„	45
Про санітарну охорону кордонів Союзу РСР	РНК та ЦВК СРСР	3 — 4	49
Про переведення місячника літніх оздоровних заходів серед дітей та підлітків	ВУЦВК	7 — 8	79

(Продовження)

Н А З В А	Хто ухвалив	№№ бюл.	№№ порядк.
Про харчове постачання лікустановам	РПО	9 — 10	93
Про організацію педологічної роботи в УСРР	РНК УСРР	„	104
Про стан медично-санітарного обслуговування робітників провідної промисловости (із діяльности НКОЗ)	ЦКК КП(б)У і НК РСІ	„	Стор. 230
Про плянування оздоровних заходів нагляд за здійсненням їх	РНК УСРР	11 — 12	115
Про заходи до поліпшення матеріяльно-побутового стану — медперсоналу	ВУЦВК	13 — 15	124
Про розширення обслуговування дітей робітниць яслами	РНК СРСР	„	132
Про заходи до поліпшення санітарного обслуговування робітників	ВУЦВК	„	134
Про розвиток лаазневої справи по сільських місцевостях	РНК УСРР	„	144
Про медично-санітарну допомогу науковим робітникам СРСР	РНК СРСР	18 — 19	176
Про плату за спускання відхідних вод	ВУЦВК	20 — 21	136
Про санітарний стан м'ясокомбінатів та різниць	РНК УСРР	22 — 24	
Про ясельну справу	„	„	
III. Резолюції та постонови з'їздів, кооференцій і нарад			
Резолюція наради головлікарів найбільших лікарень на Україні про стан реалізації 6 настановлень тов. Сталіна		1 — 2	18
Підсумки огляду роботи інститутів НКОЗ за 1931 рік (із постанови Колегії НКОЗ)	НКОЗ	„	Стор. 50
Всеукраїнська нарада в справах охорони здоров'я 1. Основні настановлення другої п'ятилітки охорони здоров'я та завдання медсанорганізацій (скорочений виклад стенограм виступів Наркома охорони здоров'я т. Канторовіча). 2. Короткий зміст та основні настановлення доповідей на нараді. 3. Резолюції на доповіді про завдання охорони здоров'я на другу п'ятилітку та на доповіді з місць		9 — 10	Стор. 182 — 200
Про медсанобслуговування новобудів	НКОЗ	11 — 12	Стор. 252
Всеукраїнська нарада завідателів обласних відділів охорони здоров'я та здоровінспекторів Донбасу		13 — 15	Стор. 264
Третя Всеукраїнська нарада зав, обласних здоровввідділів		21 — 22	Стор. 399
Про розмежування та поєднання функцій органів охорони зеоров'я та наросвіти з питань оздоровдиту		„	185
ІУ. Положення, статути та інструкції			
Інструкція, як практично підготовитися та обслужити меддопомогою весняну сільсько-господарчу кампанію 1932 р.	НКОЗ ВУК і МСТруд ЦК УЧХ	1 — 2	2
Про зміни до інструкції НК РСІ СРСР у справах рахівництва та звітности держбюджетових установ		3 — 4	30
Положення про районові санітарні станції	НКОЗ	3 — 4	47а
Положення про санітарну організацію на курортах УСРР	НКОЗ	3 — 4	48
Устава про медично-санітарні управління районів на водному транспорті		5 — 6	56
Статут Укр, Вироб. заочн. інституту медичних кадрів (УВЗІМК)		5 — 6	62

(Продовження)

Н А З В А	Хто ухвалив	№№ бюл.	№№ порядк.
Устава про державні міжрайсанстанції	НКОЗ	7—8	77
Положення про обласні організаційні комітети Всеукраїнського Т-ва оздоровлення праці та побуту	ЦК Т-ва	7—8	78
Інструкція, як боротися з літніми кишково-шлунковими захворуваннями серед дітей	Центр. Надзв. Коміс.	7—8	80
Положення про керівництво аспірантурою	НКОЗ	9—10	89
Про виробничі майстерні при установах НКОЗ	НКОЗ	13—15	120
Інструкція про розподіл випуску медичних і фармацевтичних ВИШ'ів і технікумів 1932 року	НКОЗ	„	128
Устава про санітарну міліцію УСРР	НКОЗ РС міліції УСРР	„	135
Інструкція, як використати кишки та шлунки трупів здохлих тварин, птахів і риби для технічних потреб		„	141
Правила, як зберігати, затикати, розливати та транспортувати хлорпікрин .		„	142
Інструкція, як вживати для дезинфекції кристалічної та чорної карболки (фенолю) та їхніх сполук		„	143
Інструкція про організацію масових санітарних походів . .	НКОЗ	„	145
Положення про раціоналізаційні пости при осередках спілки Медсантруд .	ВУК МСТруд	16—17	149
Інструкція про роботу лікарів охматдиту	НКОЗ	„	156
Інструкція, як організувати зливні пункти жіночого молока .	НКОЗ	16—17	158
Інструкція, як вживати лікувальних сироваток	НКОЗ	18—19	182
Іструкція про роботу лікарів різних фахів, притягуваних за сполученням провадити постійну промислову санітарну роботу та боротьбу за зниження захоруваности		20—21	192
Положення про громадських санітарних уповноважених . .		„	197
V. Питання раціоналізації, стандартизації та винахідництва			
Про порядок складання листування		3—4	37
Положення про раціоналізаційні пости при осередках Медсантруд .	ВУК МСТ	16—17	210
Про типізацію й стандартизацію лінією охорони здоров'я . .		22—24	149
VI. Організаційно-адміністративні питання			
Інструкція, як практично підготовитися та обслужити медопомогою весняну сільсько-господарчу кампанію 1932 р.	НКОЗ, ВУК МСТ ЦК УЧХ	1—2	2
Про неприпустимість ліквідації медсанзакладів у зв'язку з переходом медсанмережі на систему єдиного диспансера .	НКОЗ	1—2	21
Основне положення до організації мережі оздоровних установ для дітей з психо-нервовими порушеннями		„	24
Виїзди медробітників НКОЗ — лише з дозволу останнього. (Розпор. Наркома тов. Канторовіча)		3—4	35
Про зміни в розподілі між інститутами НКОЗ наукового об-			

(Продовження)

Н А З В А	Хто ухвалив	№№ бюл.	№№ порядк.
слуговування периферійних установ охорони здоров'я в зв'язку з обласним районуванням		7—8	87
Зміни в розподілі районів УСРР щодо обслуговування їх від інститутів удосконалення лікарів	НКОЗ	9—10	88
Про організаційне зміцнення апарату райздоровінспектур і про поліпшення якости їхнього керівництва	НКОЗ	9—10	95
Про зміцнення зв'язку органів та установ охорони здоров'я з членами ВУЦВК та ЦВК СРСР, що працюють б зпосередньо на підприємствах, колгоспах і мешкають на території областей (район в) УСРР	НКОЗ	9—10	96
Про організацію радіо-курсів для ясельних робітників	НКОЗ	„	103
Про надсилку до НКОЗ плянів виконання постанови ЦК ВКП(б) з 21 квітня 1932 р. на 1932-1933 шкільний рік	НКОЗ	„	107
Новий порядок плянування оздоровних заходів і контролі їх запровадження		11—12	Стор. 238
„Про плянування оздоровних заходів і нагляд за здійсненням їх"		„	115
Справі розвитку с.-г. заходів у медсанустановах пильну увагу	НКОЗ	13—15	121
Про сприяння розвиткові с.-г. заходів лінією медсанустанов Наркомздоров'я	НКОЗ	„	122
Про плянові завдання відгодівлі свиней при лікустановах	НКОЗ	„	123
Про розмежування та поєднання функцій органів охорони здоров'я та наросвіти з питань оздоровдиту		20—21	185
Про участь цукрових заводів у справі поліпшення медсанобслуговування		„	186
Про забезпечення медусанов фуражем		„	187
Про заходи поширення шефства промпідприємств над установами охорони здоров'я		22—24	198
Про посилення зв'яку з групами сприяння РСІ. Про соцзаступників по установах охорони здоров'я		„	199
Як застосувати постанову РНК УСРР з 3 червня 1932 р.		„	200
Про заборону відбирати приміщення медсанзакладів		„	205
Про інформування місць радіом		„	204
Найважливіші питання поточної роботи. (Всеукраїнська органарада)		„	Стор. 466
VII. Медсанбудівництво			
Про замовлення деталей і частин до лазнево-пральних установок		18—19	183
VIII. Кошторисно-фінансові питання			
Про мобілізацію коштів на боротьбу з епідеміями	НКОЗ	1—2	16
Щодо справи запровадження госпрозрахунку у виробничих частинах санбакінститутів		„	Стор. 55
Про складання оперативно-виробничих плянів діяльности медсанустанов. (Для установ ОЗДП)	НКОЗ	„	6
До складання оперативно-виробничого пляну діяльности медично-санітарних установ. (Для міських ясел)	НКОЗ	3—4	29
Про зміни інструкції НК РСІ СРСР у справах рахівництва та звітности держбюджетових установ		„	30

(Продовження)

Н А З В А	Хто ухвалив	№№ бюл.	№№ порядк.
Про облік коштів, виділених на утримання ясел та на дитячі оздоровні заходи .	НКОЗ	3 — 4	32
Про ставки заробітньої плати медичним робітникам. (Додано схеми ставок та територіяльний поділ УСРР на пояси для оплати праці) .		„	41
Про термін сплати медперсоналові, єдиних диспансерів заробітку згідно з постановою НКП з 6-VI 1931 р.	РНК	„	41а
Про платну медичну допомогу (додано інструкцію про платність в установах материнства й дитинства, інструкцію про платність за аборти, інструкцію про платність в лікпрофустановах НКОЗ та взірцеву таксу платної допомоги в лікпрофустановах)	НКОЗ	7 — 8	68
Про бюджет НКОЗ на 1932 рік та єдиний фінансовий плян 1932 року .		„	стор. 176
Із наслідків масової фінансової ревізії установ НКОЗ . . .		„	стор. 177
Про порядок оплати за медобслуговування кооперативних інвалідів членів інстрахкас	НКОЗ	9 — 10	113
Про незалучення коштів фондів медичної допомоги застрахованим до місцевих бюджетів.	НКОЗ	„	114
Про мобілізацію коштів та реалізацію єдиного фінансового пляну охорони здоров'я на 1932 рік	„	11 — 12	116
Про зарплату медробітників усіх установ незалежно від джерел фінансування	НКП УСРР	13 — 15	126
Про зарплату аптечних робітників усіх установ незалежно від джерел фінансування	„	„	127
Про розмір асигнувань на медичну допомогу робітникам промкооперації на 3-й квартал 1932 року		16 — 17	148
Про своєчасну сплату коштів на утримання ясел		„	159
Про збільшення асигнувань на справу охорони здоров'я зокрема на ремонт та встатковання	НКОЗ	18 — 19	169
Про зменшення націнок на перев'язний матеріял	„	„	170
Про ставки заробітньої плати медичним робітникам	НКП УСРР	„	171
Про ставки зарплати асистентів та інтернів		20 — 21	188
Про надвишку до зарплати за вислугу років		„	189
Про виділення коштів на підвищення заробітної плати та преміювання кращих медробітників-ударників		„	190
Про плату за спускання відхідних вод (Додано постанову ВУЦВК) .		„	196
Про розмір асигнувань на медичну допомогу робітникам промкооперації на 4-й квартал		22 — 24	203
Цілком виконати фінансовий плян 1932 року		„	202
Про безперебійне фінансування справи охорони здоров'я . .		„	201
Виправте помилки, що трапилися під час друкування ставок зарплати середньому медперсоналу		„	206
IX. Постачання медсанмережі			
Про забезпечення медсанустанов хірургічним інструментарієм, хеміко-фармацевтичними препаратами та інш. речами обладнання		5 — 6	стор. 135
Про харчове постачання лікустановам	РПО	9 — 10	93

(Продовження)

Н А З В А	Хто ухвалив	№№ бюл.	№№ порядк.
Про постачання дитустановам		13 — 15	133
Про забезпечення медустанов фуражем		20 — 21	187
Центральне постачання сільським постійним яслам		22 — 24	
X. Кадри медперсоналу			
а) облік і розподіл			
Про обов'язковість приймати на роботу медробітників зареєстрованих в органах охорони здоров'я	НКОЗ	3 — 4	39
Інструкція про розподіл випуску медичних і фармацевтичних ВИШ'ів і технікумів 1932 р.	"	13 — 15	128
Про порядок призначення лікарів на судово-медичні посади		20 — 21	191
Обов'язково впорядкувати справу сполучення посад		22 — 24	207
б) правні норми			
Про пільги для дітей медперсоналу	"	1 — 2	12
Про уважне ставлення до медичних фахівців	НКП СРСР	"	13
Про порядок сполучення служби медсанітарних робітників .	НКП УСРР	7 — 8	70
Про умови праці медичного персоналу на підземних пунктах першої допомоги		"	71
Про оподаткування лікарів		18 — 19	172
в) медосвіта та підвищення кваліфікації			
Про масову підготову кадрів для медсанобслуговування 3-ї більшовицької сівби. (Додано програму короткотермінових курсів) .		1 — 2	3
Про курси ясельних робітників. (Додано програму)	НКОЗ і УЧХ	"	4
Про курси підготовки лікарів та підвищення їхньої кваліфікації. (Додано пляни курсів та зразок анкети)	НКОЗ	"	9
Про порядок відрядження лікарів для підвищення кваліфікації та спеціялізації	"	"	10
Про склад конкурсних комісій	"	"	11
Про комплектування курсів удосконалення лікарів	"	3 — 4	42
Положення про керівництво аспірантурою		9 — 10	89
Про заочні курси помічників санлікарів		"	90
Про скоріше вкомплектування складу слухачів заочних медтехнікумів .	"	"	91
Про прийом аспірантів восени 1932 р.	"	13 — 15	129
Про сприяння заочному навчанню		18 — 19	173
г) побутові умови медперсоналу			
Про прикріплення лікарів до їдалень, гуртожитків та оплату роботи цих лікарів	"	1 — 2	17
Із заходів Наркомздоров'я в справі поліпшення матеріяльно-побутових умов медробітників		"	стор. 52
Про ставки заробітньої плати медичним робітникам. (Додано схеми ставок та територіяльний поділ УСРР на пояси для оплати праці)		3 — 4	41
Про прикріплення інтернів державного та місцевого бюджету на харчування	"	"	43

(Продовження)

Н А З В А	Хто ухвалив	№№ бюл.	№№ порядк.
Про забезпечення медустанов їдальнями та розподільниками для медичного персоналу	НКОЗ	5 — 6	60
Про оплату лікарів-психофізіологів медсанцехів	НКП УСРР	7 — 8	72
Про постачання лікарям		9 — 10	92
Про заходи до поліпшення матеріяльно-побутового стану медперсоналу	ВУЦВК	13 — 15	124
Про поліпшення матеріяльно-побутового стану медробітників	НКПостач.	„	125
Про зарплату медробітників усіх установ незалежно від джерел фінансування	НКП	„	126
Про зарплату аптечних робітників усіх установ незалежно від джерел фінансування	УСРР	„	127
Про заходи поліпшити побутові умови медробітників	„	18 — 19	стор. 367
Про ставки заробітньої плати медичним робітникам	„	„	171
Про ставки зарплати асистентів та інтернів	„	20 — 21	188
Про надвишку до зарплати за вислугу років		„	189
Про виділення коштів на підвищення заробітньої плати та преміювання медробітників-ударників	НКФ і НКОЗ	„	190
Виправте помилки, що трапилися під час друкування ставок зарплати середньому медперсоналу		22 — 24	206
Про деякі зміни розмірів стипендії для слухачів інститутів удосконалення лікарів		„	
XI. Охорона матерей та немовлят			
Наша дальша робота в галузі охорони материнства й дитинства		1 — 2	стор. 4
Про курси ясельних робітників. (Додано програм)	НКОЗ УКУ	„	4
Про організацію активу жінок-колгоспниць навколо ясельної кампанії наступного 1932 року	НКОЗ УКГУ	„	5
Правила прийому дітей до культурно-побутових установ НКОЗ	НКОЗ	„	23
Про сприяння від профорганізацій справі розгортання ясел. (Лист ВУРПС'у)		„	28
Про заборону середуразових маніпуляцій, скерованих на попередження вагітности та переривання її		„	стор. 54
До складання оперативно-виробничого пляну діяльности медично-санітарних установ. (Для міських ясел)		3 — 4	29
Про облік коштів, виділених на утримання ясел та на дитячі оздоровні заходи	„	3 — 4	32
Санітарний мінімум сільських ясел		„	46
Про контролювання відрядження дітей до дитячих санаторій	„	„	52
Припинити ліквідацію дитустанов		„	52a
Про відцовідальність за переведення середуразових впорскувань йоду не в належних умовах	НКЮ та НКОЗ	7 — 8	69
Інструкція, як боротися з літніми шлунково-кишковими захворюваннями серед дітей	Центр. Надзв. Сан. Коміс.	„	80
Про нові форми роботи консультацій охматдиту	НКОЗ	„	81

(Продовження)

Н А З В А	Хто ухвалив	№№ бюл.	№№ порядк.
Про медсанобслуговування дитячих сезонних ясел у соцсекторі села .	НКОЗ	7—8	83
Про розгортання пологових ліжок у соцсекторі села	"	9—10	98
Про активну імунізацію дітей проти дизентерії	"	"	99
Про розгортання мережі сезонних ясел до просапної кампанії .	"	"	102
Про поліпшення стану пологодопоміжних установ	"	11—12	117
Про розширення пологодопоміжних установ	"	"	118
Зразкове меню та розподіл продуктів для дитячих ясел . .	"	13—15	130
Про поліпшення стану дитячих кімнат при пологових відділках .	"	"	131
Про кількісне та якісне розвинення пологодопоміжних установ (додано реєстр обладнання для акушерки)	"	16—17	155
Інструкція про роботу лікаря охматдиту	"	"	156
Про розгортання ясел по житлоорендних кооперативах . .	НКОЗ та УЖС	"	157
Інструкція, як організувати зливні пункти жіночого молока .	"	"	158
Про обслуговування колгоспних базарів в галузі охматдиту .	НКОЗ	"	160
Профілактичні заходи боротьби із захворуванням на кір . .	"	"	161
Про перевірку стану дитячих ясел при цукрових заводах .	"	18—19	175
Про санітарний мінімум дитячих садків. (Додано санмінімум) .	"	"	176
Про ясельну справу	РНК	22—24	221
Про виконання постанови РНК УСРР про ясельну справу .	НКОЗ	"	222
Централізоване постачання сільським яслам	"	"	222-а
Про роботу дитячих консультацій	"	"	223
XII. ОЗД і ОЗДП			
Про складання оперативно-виробничих плянів діяльности медсанустанов. (Для установ ОЗДП)	"	1—2	6
Про організацію гарячих сніданків по школах	НКОЗ УЧХ	"	25
Про обслідування закритих дитбудинків та про дальшу роботу в справі патронажу	НКОЗ	"	26
Про поновлення викладання лікарями гігієни по трудшколах .	НКО та НКОЗ	"	27
Про розгортання оздоровних заходів серед дітей шкільного віку .	"	3—4	51
Типовий розпорядок шкільної праці та норм навантаження учнів всіма видами навчально-виробничої та громадської роботи .	"	5—6	66
Про організацію та оздоровлення праці підлітків та робітничої молоді .	ВУЦВК	"	Стор. 131
Про переведення місячника літніх оздоровних заходів серед дітей та підлітків	"	7—8	79
Про відбір дітей до санаторій та курортів	НКОЗ	"	82
Про масові оздоровні та лікарсько-педологічні заходи в школах і дошкільних установах	"	"	84

(Продовження)

Н А З В А	Хто ухвалив	№№ бюл.	№№ порядк.
Правила прийому та перебування дітей, хворих на сифіліс та гонорею, в дитячих установах відкритого та закритого типу	НКОЗ	7— 8	85
Про вилучення з дитбудинків НКОсвіти дітей з невропсихічними аномаліями	"	9—10	105
Про плян та контрольні числа оздоровлення дітей та підлітків в 1932 році	"	"	106
Про організацію декадника огляду дитустанов	НКО та НКОЗ	16—17	154
Організація пляново-систематичної боротьби з дитячим каліцтвом. Організація дитячих ортопедичних профілакторів. (Додано уставу)	НКОЗ	18—19	174
Про розгортання зимової оздоровної роботи серед дітей шкільного віку й серед підлітків	"	"	177
Про організацію позашкільного режиму дітей	"	22—24	224
Санмінімум для дитячих інтернатів та комун молоді	"	"	225
Типовий розпорядок роботи в школах ФЗУ	"	"	226
XIII. Оздоровлення побуту. Боротьба з епідеміями			
а) боротьба з інфекціями			
Про роботу в справі віспощеплення		1—2	15
Інструкція, як провадити дезінфекцію дворів і надвірних сховищ		"	15а
Про мобілізацію коштів на боротьбу з епідеміями	НКОЗ	"	16
Зміни арт. арт. 1 і 8 постанови ВУЦВК'у і РНК УСРР „Про заходи до поліпшення санітарного обслуговування робітників"		22—24	211
У надзвичайній комісії в справах боротьби з епідеміями		1-2, 5-6,7-8	49, 137, 177
Про посилення уваги до санзаходів та протиепідемічної роботи	ВУЦВК	3— 4	45
Взірцеві правила санітарного режиму в соматичних та інфекційних відділах лікарень	НКОЗ	"	50
Про епідемічний стан України		5— 6	Стор. 130
Про термінові заходи в комунальному господарстві, скеровані на попередження розвитку черевного тифу	НКОЗ і НККГ	7— 8	73
Про боротьбу з мухами, що розповсюджують шлунково-кишкові захворування (Додане плян)		"	74
Про дальший порядок виготовлення бактерійних препаратів		"	76
Про переведення запобіжних щеплень серед призовників чергового набору	НКОЗ	11—12	119
Про заходи до поліпшення санітарного обслуговування робітників	ВУЦВК	13—15	134
Про участь органів комунального господарства в боротьбі з кишково-шлунковими інфекціями	НККГ УСРР	"	139
Про санітарне впорядкування колгоспних базарів	НКОЗ і НККГ	"	140
Профілактичні заходи боротьби із захворуванням на кір		16—17	161
Цілком закінчити віспощепну кампанію		"	162
Про порядок боротьби з інфекційними захворюваннями по школах та дитустановах	НКОЗ	20—21	195

(Продовження)

Н А З В А	Хто ухвалив	№№ бюл.	№№ порядк.
Про епідстан республіки та протиепідемічні заходи		22—24	212
Про заходи боротьби з обкладо́м і шкарлятиною та облік цих захорувань		„	213
Тимчасові правила використовування центрального водопостачання по неканалізованих залюднених пунктах . .		„	214
Про встановлення нагляду та контролю за станом водопостачання .		„	215
б) харчова санітарія			
Про прикріплення лікарів до їдалень і гуртожитків та оплату роботи цих лікарів		1— 2	17
Санітарні правила для транспортування м'яса		5— 6	63
Генеральна угода між НКОЗ та Вукопспілкою на здійснення санітарного контролю якости харчопродуктів у крамницях і складах споживчої кооперації		13—15	138
Про санітарне оздоровлення підприємств хлібопечення . . .		22—24	216
Наслідки обсліду санітарного стану підприємств хлібопечення в промислових районах УСРР		„	217
Про виконання постанови РНК в справі поліпшення санітарно-технічного стану різниць		„	218
Про санітарне обслуговування підприємств бринзоваріння .		„	219
в) житлова санітарія, питання доброустрою			
Обов'язкові правила про участь житлокооперації в підтриманні чистоти та належного санітарного стану вулиць. (бруків, пішоходів, зелених насаджень)		5— 6	65
Про забезпечення господ'єднань, проектних і будівельних організацій санітарною компетенцією	НКОЗ	5— 6	Стор. 138
Про унешкодження нечистот. (Додано. інструкцію до організації асенізаційних ланів)	„	7— 8	75
Перевіряйте санітарний стан шкіл		18—19	180
г) саносвіта та преса; фізкультура			
Про розгортання саносвітроботи по житлокоопах і гуртожитках .	„	5— 6	65
Про саносвітню роботу в галузі боротьби з кишковими захоруваннями	„	9—10	109
Про розгортання мережі санітарно-гігієнічних консультацій .	„	16—17	163
Про санкультроботу навколо масової саносвітлітератури . .	„	„	164
Про розгортання масової саноскультроботи лінією популярних саносвітжурналів	„	„	165
Про санкультроботу в справі поліпшення та раціоналізації громхарчування. (До соцумови ЦК МСТ та ЦК громнархарч) .	„	„	167
Про обмін досвідом місць у галузі санкультури	„	„	168
Розгортаймо санітарно-культурну роботу серед найширших мас трудящих	„	18—19	Стор. 366
Про участь школи та школярів в кампанії деревонасадження по містах та школах	„	„	181

(Продовження)

Н А З В А	Хто ухвалив	№№ бюл.	№№ порядк.
Забезпечте сантеатрам безперебійну роботу		„	184
Про організацію курсів медсанпропаганди		9 — 10	110
Про перевірку роботи місцевих санкультурганізацій . . .		22 — 24	
Плян розвинення фізкультури на другу п'ятирічку		„	
д) Санмінімуми;			
Санітарний мінімум сільських ясел		3 — 4	46
Санітарний мінімум в готелях і мебльових кімнатах		„	47
Санмінімум піонертабору, піонерколонії та колонії робітничих підлітків .		20 — 21	194
Санмінімум для дитячих інтернатів та комун молоді		22 — 24	225
XIV. Оздоровлення праці. Промсанітарія			
Найважливіші завдання в галузі оздоровлення підприємств .		3 — 4	Стор. 60
Про дальше розгортання мережі медсанцехів та поліпшення їхньої роботи		„	50а
Про саннагляд за промисловими спадними водами	НКОЗ	5 — 6	64
Як обслуговуються підприємства від медсанцехів і медсанпунктів .		13 — 15	146
Інструкція про роботу лікарів різних фахів, притягуваних за сполученням провадити постійну роботу та боротьбу за зниження захворуваности		20 — 21	192
XV. Медсанобслуговування промисловости (застрахованих)			
Про надання меддопомоги особам, що за умовами своєї роботи перебувають у відрядженнях	НКОЗ	1 — 12	20
Про переважне використання відрядженого медперсонала на провідних дільницях промисловости	„	5 — 6	61
Про стан медично-санітарного обслуговування робітників провідної промисловости. (Із діяльности НКОЗ)		9 — 10	Стор. 230
Територіяльні лікарні повинні приймати від транспортних установ хворих, що захворіли в дорозі		16 — 17	152
Про обслуговування робітників зв'язку		18 — 19	179
XVI. Медсанобслуговування села			
Ударними більшовицькими темпами. дбаючи за якість, чітко підготуймося до весняної сівби 1932 р.	НКОЗ ВУК МСТ ЦК УЧХ	1 — 2	2
Інструкція НКОЗ, ВУК МСТ та ЦК УЧХ, як практично підготовитися та обслужити медсандопомогою весняну сільсько-господарчу кампанію 1932 р.		„	2
Про масову підготовку кадрів для медобслуговування З більшовицької сівби. (Додано програму короткотермінових курсів) .		„	3
Перші кроки великої комплексної експедиції 15 інститутів НКОЗ .		„	Стор. 55
Санітарний мінімум сільських ясел		3 — 4	46
З практики підготовки райздоровінспектур в справі медсанобслуговування весняної сільсько-господарчої виробничої кампанії 1923 р.		7 — 8	Стор. 144

(Продовження)

Н А З В А	Хто ухвалив	№№ бюл.	№№ порядк.
Про складання місцевих договорів на медсанобслуговування робітників МТС (додано текст умови між НКОЗ та Укртракторoцентром)	НКОЗ	7 — 8	86
Про рішуче поліпшення медсанобслуговування робітників радгоспів та МТС. (Додано типовий договір між НКОЗ та с. г. трестами)	„	9 — 10	111
Про розвиток лазневої справи по сільських місцевостях . .	РНК УСРР	13 — 15	144
XVII. Медсанобслуговування військових службовців та окремих груп			
Про поточний облік усіх душевно-хворих та психо-невротиків хлопців віком од 17 років і старших, що перебувають на лікуванні в психо-невро-установах	НКОЗ і УВО	1 — 2	19
Про забезпечення всіма видами лік. проф. допомоги військово службовців РСЧА та особливо начскладу	НКОЗ і ВСУ УВО	3 — 4	53
Про охоплення яслами дітей начскладу Червоної армії . . .	НКОЗ	9 — 10	100
Про переведення запобіжних щеплень серед призовників чергового набору .	НКОЗ і ВСУ УВО	11 — 12	119
XVIII. Спеціяльні види меддопомоги			
XIX. Санітарно-курортова допомога. Робітничий відпочинок			
Про відрядження периферійних лікарів для роботи на курортах УСРР .	НКОЗ	1 — 2	14
Про розвиток Одеських курортів		„	Стор. 53
Про санітарну організацію курортів УСРР		„	Стор. 55
Курорти на службу соц. будівництва		3 — 4	Стор. 62
Положення про санітарну організацію на курортах УСРР . .	„	„	48
Про контролювання відряджень дітей до дитячих санаторій		„	52
Покази та протипокази для лікування на курортах		„	55
Стан та перспективи розвитку Українських курортів на 1932 рік .		5 — 6	Стор. 134
Неприпустимо скорочувати мережу спец. диспансерів . . .		„	59
Про відбір дітей до санаторій та курортів		7 — 8	82
Про медобслуговування тур. баз.	НКОЗ і УКУ	16 — 17	153
Про оголошення частини м. Чернигова республіканським курортом .	НКОЗ	22 — 24	227
Про застосування нових видів перев'язувального матеріялу .	НКОЗ	22 — 24	228
XX. Боротьба з побутовими захворуваннями			
Правила прийому дітей, хворих на сифіліс та гонорею в дитустановах відкритого та закритого типу	НКОЗ	7 — 8	85
XXI. Фармацевтична справа			
Про доцільне виписування лікарями ліків	НКОЗ	3 — 4	54
Про забезпечення місць фарм. препаратами для наркозу та перев'язувальним матеріялом	„	5 — 6	67

(Продовження)

Н А З В А	Хто ухвалив	№№ бюл.	№№ порядк.
Інструкція, як вживати для дезінфекції кристалічної чорної карболки (фенолю) та їхніх сполук		13 — 15	143
XXII. Громадська самодіяльність			
Про організацію активу жінок-колгоспниць навколо ясельної кампанії наступного 1932 року	НКОЗ і УКГУ	1 — 2	5
Договор о социалистическом соревновании между НКОЗ РСФСР и УССР (додано список район'в, новобудів, промцентрів, що притягуються як учасників соцумови		„	7
Про сприяння від профорганізацій справі розгортання ясел	ВУРПС	„	28
Про конкурс на кращу програму для медінститутів та інститутів удосконалення лікарів		„	Стор. 56
За розгортання ініціятиви та самодіяльности медробітників у галузі вдосконалення справи охорони здоров'я		5 — 6	Стор. 118
Відзначено 60-річчя зі дня народження та 35-річчя революційної роботи тов. М. О. Скрипника		„	Стор. 136
Положення про обласні організаційні комітети Всеукраїнського Т-ва Оздоровлення праці й побуту	ЦК Т-ва	7 — 8	78
Про сприяння від колгоспів справі медсандопомоги			
Угода на соцзмагання поміж ЦК спілки Медсантруд та ЦК спілки Громхарч		9 — 10	94
Про участь органів охорони здоров'я в місячнику перевірки виконання постанови ЦК ВКП(б) про школу	НКОЗ	„	108
Інструкція про організацію масових санітарних походів	„	13 — 15	145
Про Всеукраїнський конкурс на кращу лікпрофустанову (додано положення	НКОЗ і ВУК МСТ	„	149
Приклад, гідний наслідування		„	Стор. 323
Чубарівські медробітники-ударники		„	Стор. 324
Про преміювання колективу Яришівської лікарні та їхнього керівника тов. Єнчової		„	Стор. 324
Подяка й премія лікарю пароплава „Советская Нефть"		„	Стор. 325
Про підготовку активістів охорони здоров'я з відпускників Червоної Армії	НКОЗ	16 — 17	166
Перші відомості перебігу роботи по запровадженню Всеукраїнського конкурсу на кращу лікпрофустанову		16 — 17	Стор, 360
Справді показова робота		„	Стор. 362
Короткі зведені відомості про стан шефства промпідприємств над медустановами та останніх над низовою периферією й колективізованим сектором села		18 — 19	Стор. 386
Зинов'ївська робітнича лікарня й далі поліпшує побутові умови своїх робітників		„	Стор. 388
Угода між ЦК ЛКСМУ та Наркомздоров'я УСРР на участь комсомолу в запровадженні широких оздоровних заходів і на заходи оздоровлення молоді		20 — 21	193
Про заходи поширення шефства промпідприємств над установами охорони здоров'я		22 — 24	198
Про посилення зв'язку з групами РСІ. Про соцзаступників по установах охорони здоров'я		„	199

(Продовження)

Н А З В А	Хто ухвалив	№№ бюл.	№№ порядк.
XXIII. Судова медицина.			
Про переведення складних і повторних судово-медичних експертиз.	НКОЗ	9-10	112
Реєстр судово-медичних установ НКОЗ на 1932 р.	„	13-15	147
Судово-медична організація НКОЗ на 1932 рік.	„	„	148
XXIV. Із діяльности НКОЗ та його секторів.			
Договор о социалистическом соревновании между НКЗО РСФСР и НКЗО УССР. (Додано список районів, новобудів, промцентрів, що притягуються як учасників соцумови).	„	1-2	
У надзвичайній комісії в справах боротьби з епідеміями . .	„	1-2, 5-6, 7-8	
Із заходів Наркомздоров'я в справах поліпшення матеріяльно-побутових умов медробітників	„	1 — 2	
Про розвиток Одеських курортів	„	„	
Про роботу медико-педологічного інституту НКОЗ	„	„	
Підсумки огляду наукової роботи інститутів НКОЗ за 1931 р.	„	„	
Про заборону внутріуразових маніпуляцій, скерованих на попередження вагітности та переривання її	„	„	
Щодо справи запровадження госпрозрахунку у виробничих частинах санбакінстутутів	„	„	
Перші кроки роботи великої експедиції 15 інститутів Наркомздоров'я .	„	„	
Про санітарну організацію на курортах УСРР	„	„	
Про конкурс на кращу програму для медінститутів удосконалення лікарів	„	1-2	
Про епідемічний стан України	„	5-6	
Про організацію та оздоровлення праці підлітків та роб. молоді	„	„	
Про медсанобслуговування студентства	„	„	
Про розвиток мережі медустанов	„	„	
Стан та перспективи розвитку Укр. курортів на 1932 р. . .	„	„	
Із діяльности Центр. Ради диспансеризації на 1932 р. . . .	„	„	
Про забезпечення медустанов хірургічним інструментарієм, хеміко-фармацевтичними препаратами та іншими речами обладнання .	„	„	
Про Всеукраїнський конкурс на кращу лікпрофустанову . .	„	„	
Про двотижневик боротьби за зниження захорувань на очі, вухо, горло й ніс	„	„	
Відзначено 60-річчя зі дня народження та 35-річчя революційної роботи тов. М. О. Скрипника	„	„	
Успішна робота інституту ендокринології та органотерапії .	„	„	
Відзначено гарну роботу фабрики наочних саносвітніх приладь .	„	„	
Вироблено електромагнети в СРСР. Не залежатимемо від імпорту із закордону	„	„	
Про бюджет Наркомздоров'я на 1932 р. та єдиний фінансовий плян 1931 р.	„	7-8	

(Продовження)

Н А З В А	Хто ухвалив	№№ бюл.	№№ порядк.
Із наслідків масової фінансової ревізії установ НКОЗ . . .	НКОЗ	7-8	
Про другу п'ятирічку здоровоохорони	"	"	
Про перевірку виконання єдиного пляну охорони здоров'я 1932 року	"	"	
Догана за марнотратство стат. матеріялів	"	"	
Задовільна робота Васильківської (Дніпропетр) райздоровінспектури	"	9-10	
Гарна робота Харківських студентів-медиків	"	"	
Нагорода робітникам Дніпропетрівської промсанстанції . .	"	"	
Премійовано гарного робітника	"	"	
Про медсанобслуговування новобудів	"	11-12	
Про стан швидкої і невідкладної допомоги на Україні . . .	"	13-15	
Стан медобслуговування на водному транспорті	"	"	
Заходи попередження захорувань на черевний тиф	"	"	
До пляну ліквідації малярії в другу п'ятилітку	"	"	
Про реалізацію замовлень і розподіл лазнево-пральних установок і дезкамер	"	"	
Віспощепна кампанія наближається кінця	"	"	
Розгортання курортової кампанії 1932 р.	"	"	
Медобслуговування членів родин червоноармійців і військовослужбовців	"	"	
Шефство над Богунським полком	"	"	
На відзнаку 10-річчя Харківського кабінету суд-медичної експертизи	"	"	
Відзначено 10-річну роботу тов, Марзеева	"	"	
Подяка та винагорода за ударну роботу в організації виставки НКОЗ з питань технічної реконструкції охорони здоров'я	"	"	
На вшанування пам'яти проф. В. Я. Рубашкіна	"	"	
Березівські мінводи—курорт республіканського значення . .	"	"	
Нове в галузі охорони здоров'я	"	"	
Реорганізація рентгенінститута	"	"	
У комісії виконання	"	"	
Посилюється медично-санітарне обслуговування сільського сектора	"	16-17	
Розвиток галузі охорони материнства й дитинства	"	"	
Про розвиток психоневродопомоги на другу п'ятилітку . . .	"	"	
Про стан і перспективи санкурортної справи на Україні . .	"	"	
Про фінансово-господарчий стан установ, безпосередньо підпорядкованих НКОЗ	"	"	
Жужельні води доменних печей на лікувальні потреби . . .	"	"	
Сприяти виконанню пляну охматдитроботи	"	"	
Нагороди та премії кращим робітникам	"	"	
Вшанування пам'яти т. Покровського М. М.	"	"	
Про підготову кадрів організаторів охорони здоров'я . . .		18-19	

Перевірено 1948 р.

(Продовження)

Н А З В А	Хто ухвалив	№№ бюл.	№№ порядк.
Розширення Всеукраїнського інституту охорони здоров'я . .	НКО	18-19	
Нагородження винахідників фотогастографа	„	„	
Показова плянова робота Одеського бальнеологічного інституту	„	„	
Кумисолікування на Україні	„	„	
Сувора догана здоровінспекторам, що не переказали належних коштів на заочну медичну освіту	„	„	
Плян розвинення фізкультури на другу п'ятирічку	„	22-24	
Найважливіші питання поточної роботи	„	„	
Премії та нагороди найкращим медробітникам Дніпробуду .	„	„	
Нагороди кращим	„	„	
Привітання й рапорти Наркомздоров'ю	„	„	
Соціялістична допомога Киргизькій республіці	„	„	
XXV. Із діяльности наукових інститутів та закладів НКОЗ РЗІ. (Доповіді та звіти).			
Підсумки огляду наукової роботи інститутів НКОЗ за 1931 р. (Із постанови Колегії НКОЗ)	„	1-2	стор. 50
Відзначено гарну діяльність інституту бактеріології, епідеміології та серотерапії (Із розп. Нарк. охорони здоров'я)	„	„	стор. 52
Про роботу медико-педологічного інституту НКОЗ	„	„	стор. 54
Успішна робота інститута ендокринології та органотерапії .	„	5-6	стор. 136
Виробляємо електромагнети в СРСР. Не залежатимемо від імпорту із закордону	„	„	стор. 137
Про зміни в розподілі між інститутами НКОЗ наукового обслуговування периферійних установ охорони здоров'я в зв'язку з обласним районуванням	„	7-8	87
Як реалізують 6 настановлень тов. Сталіна в 2-й робітничій лікарні м. Дніпропетровського	„	11-12	стор. 242
XXVI. Огляд радянського законодавства.			
Про виселення сторонніх осіб з приміщень медустанов . . .	РНК УСРР і ВУЦВК	3-4	34
Про точне розуміння терміну „Медробітник"	НКОЗ	5-6	57
Про порядок сполучення служби медсанітарних робітників .	НКП СРСР	7-8	70
Про умови праці медичного персоналу на підземних пунктах першої допомоги	„	„	71
Про притягнення до відповідальности медиків, зобов'язаних службою перед державою за ухилення від роботи за призначенням органів Наркомздоров'я	НКЮ	16-17	150
XXVII. Охорона здоров'я закордоном.		3-4	—
		13-15	—
XXVIII. Із досвіду місць.		13-15	—
		16-17	—
		18-19	—

Редколегія: **Канторович С. І.** (відповід. редактор), **Єфімов О. О.** (заступник редактора), **Залкінд А. Л.** (відповід. секретар).

ДВОУ УПП. 7 друкарня ім. Фрунзе. Харків, Дон.-Захарж., 6. Головліт 8020. Зам. 1937. Прим. 6.500. $4^1/_4$ друк. арк. В 1 друк. арк. 107.100 зн. Формат пап. 72×110. Вага 1 м. ст. 50 клг. Здано до складання 2-XII-32 р. Підписано до друку 31-XII-32 р.